

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

N°

THÈSE

70

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

TOUBIANA Félicien-Maurice

Né le 28 Novembre 1900, à Constantine (Algérie)

LES NÉVRALGIES ANO - RECTALES

Président : M. le Professeur SERGENT

Imprimerie HOUTAIN

CORBEIL

Seine-&-Oise





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR M. le Docteur

TOUBIANA

TOUBIANA Félix-Maurice

Docteur en Médecine, Chef de Clinique à l'Hôpital de la Pitié

Les Névralgies

Ano-rectales

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

TOUBIANA Félicien-Maurice

Né le 28 Novembre 1900, à Constantine (Algérie)

LES NÉVRALGIES ANO - RECTALES

Président : M. le Professeur **SERGENT**

Imprimerie HOUTAIN

CORBEIL

Seine-&-Oise

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PAR

TOURNAI L'ÉLÈVE-MANIC

Le 15 Mars 1884



LES NÉVROSES

ANO-RECTALES

Présenté par M. le Docteur STRENGT

Imprimé par M. le Docteur STRENGT

Paris

1884

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HEITZ-BOYER . . .	Urologie.
ALAJOUANINE . . .	Neurologie et psychiatrie.	HOVELACQUE . . .	Anatomie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	HUTINEL	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BEAUDOUIN	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) . .	Chimie biologique.
BINET	Physiologie.	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
BLANCHETIÈRE . .	Chimie biologique.	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
CHABROL	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CHAMPY	Histologie.	MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.	METZGER	Obstétrique.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	MULON	Histologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PHILIBERT	Bactériologie.
DUVOIR	Médecine légale.	QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.	VALLERY-RADOT . .	
GATELIER	Pathologie chirurgicale.	(Pasteur)	Pathologie médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
		VELTER	Ophthalmologie.
		VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.	RETTERER	Histologie.
QUÉNIOT	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	VILLARET	Clinique médicale.
LEREBoullet	Clinique médicale in- fantile.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE , agrégé . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

ÉMILE SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine

qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre
thèse.

Hommage respectueux.

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR R. BENSAUDE

Médecin de l'Hôpital St-Antoine.

En témoignage de notre
respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. OURY

*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur A. BERGER (<i>in mémoriam</i>)	(Broussais)
Monsieur le Docteur LAUNEY	(Cochin)
Monsieur le Professeur WIDAL	(Cochin)
Monsieur le Docteur RAVAUT	(St-Louis)
Monsieur le Professeur DELBET	(Cochin)
Monsieur le Professeur GUILLAIN	(Salpêtrière)
Monsieur le Professeur agrégé DEBRÉ	(Enfants-Malades)
Monsieur le Professeur agrégé MARION	(Lariboisière)
Monsieur le Professeur agrégé FUNK-BRENTANO	(Beaujon)
Monsieur le Docteur DEVRAIGNE	(Lariboisière)

DÉFINITION ET INTRODUCTION

Sous le nom de névralgie ano-rectale, on décrit des douleurs extrêmement vives, siégeant à la région ano-rectale, survenant par accès paroxystiques, intermittents, indépendants de la défécation, à début et à terminaison brusques.

La plupart des névralgies ano-rectales dépendent manifestement de lésions locales (cancer, ulcérations diverses, polypes, etc.), ou d'affections des autres organes du petit bassin (Prostatite, cystite, salpingite, etc.), ou même d'altérations du système nerveux central (tabès, compressions médullaires, etc.). Il s'agit, dans tous ces cas, de *névralgies secondaires*, symptomatiques d'affections déterminées et diagnostiquables.

Certaines névralgies, au contraire, ne seraient expliquées, ni par l'état local, ni par celui des organes voisins, ni enfin, par celui de l'axe cérébro-spinal. En particulier, l'examen le plus attentif de la région douloureuse permettrait de constater l'absence de toute lésion organique. Il s'agit là de ce que l'on a appelé la *névralgie primitive ou essentielle*, et dont on a voulu faire, sous le nom de névrose ano-rectale, un trouble d'ordre purement névropathique.

Il nous a semblé que l'étude de toutes ces névralgies, secondaires ou primitives, devait être reprise ; et ceci, pour trois raisons différentes :

1° La névralgie ano-rectale est peu connue. Parmi les malades que nous avons observés et qui en étaient atteints, la plupart avaient pendant longtemps été soignés pour d'autres affections. Comme la névralgie est souvent tenace, difficile à traiter, on s'expose à de graves mécomptes en ne la connaissant pas.

2° La définition qu'on en donne est trop systématique. Si dans quelques cas, les douleurs sont, en effet, intermittentes, paroxystiques, à début et à terminaison brusques, la plupart du temps elles sont variables dans leur intensité, dans leur évolution, et il est difficile de les faire tenir dans une définition étroite. Leur caractère le plus important est d'être indépendantes de la défécation : il suffit déjà à les différencier de la Sphinctéralgie fissuraire.

3° Jusqu'à présent, les névralgies ano-rectales secondaires n'ont été qu'assez succinctement étudiées. Par contre, et surtout à l'étranger, il existe de nombreux travaux concernant la névralgie dite primitive.

Comme nous l'avons dit, *celle-ci serait une simple névrose*. Or les malades que nous avons examinés, les observations publiées et que nous avons étudiées, nous ont amené à penser que, *prise dans ce sens, la névralgie primitive est exceptionnelle*, si même elle existe. On retrouve presque toujours, en effet, dans les antécédents du malade ou dans son état actuel, des lésions qui, quoique minimes, ont été suffisantes pour déterminer l'algie. Les rares cas où la névralgie apparaît vraiment comme primitive, sont presque toujours ceux dans lesquels l'examen n'a pas été complet, et où, en particulier, on a omis de pratiquer la rectoscopie.

Il en résulte que, les névralgies dites primitives et les névralgies secondaires ne sont pas de nature différente. Seule les distingue, l'importance des lésions qui leur ont donné naissance.

Nous étudierons tout d'abord les névralgies dites primitives, en séparant les deux formes, rectale et anale, qui leur ont été reconnues.

Puis nous aborderons les névralgies secondaires les plus fréquentes, celles qui dépendent des hémorroïdes, de la fissure à l'anus, et qui avaient été comprises, jusqu'à présent, parmi les névralgies primitives.

Nous décrirons enfin, quelques névralgies symptomatiques d'affections cérébro-spinales et nous leur rapprocherons des névralgies, rares en vérité, mais qui nous ont paru intéressantes parce qu'elles sont en rapport avec des affections encore controversées, comme l'encéphalite épidémique, le zona ou l'herpès.

Après avoir exposé le diagnostic, nous ferons un essai de pathogénie, nous rassemblerons les diverses thérapeutiques employées et nous conclurons.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE

Les *rapports* du rectum qui nous intéressent particulièrement pour notre étude sont ceux qu'il affecte, par sa face postérieure, avec le sacrum, le coccyx, le plexus sacré d'origine médullaire, les ganglions sympathiques sacrés; par ses faces latérales, avec le plexus sympathique hypogastrique, qui l'enveloppe dans ses mailles; enfin ceux que détermine sa contiguïté, en avant, avec les organes génito-urinaires, chez l'homme et chez la femme.

L'intestin ano-rectal n'a d'ailleurs pas, avec les organes génito-urinaires, que des rapports de contiguïté; il leur est encore associé par son *innervation*, qu'il tire des mêmes sources — sympathique et spinale — qu'eux.

Le *Rectum* est surtout largement innervé par le système vago-sympathique (1). Il reçoit des branches du plexus mésentérique inférieur, du plexus sacré et du plexus hypogastrique, qui innervent tous les viscères du petit bassin. Les filets nerveux, qui suivent le trajet des vaisseaux, forment d'abord un plexus périvericéral, puis aboutissent aux plexus d'Auerbach et de Meissner qui se répandent, le premier, dans la couche musculaire et le sphincter interne, le deuxième, dans la couche sous muqueuse. Le trajet de ces fibres est d'ailleurs interrompu par des cellules nerveuses isolées ou groupées en petits ganglions, situées dans la paroi intestinale, et qui forment un relai entre les plexus d'Auerbach et de Meissner et le sympathique pelvien. Ces ganglions sont entourés d'une enveloppe conjonctive mince. Entre le ganglion et son enveloppe existe un espace clair, sorte de cavité capsulaire, dont l'importance est grande au point de vue pathologique puisqu'elle représente la gaine lymphatique des racines nerveuses de l'intestin (2).

Le rectum est la seule portion de l'intestin qui soit innervée aussi par le système nerveux central: il reçoit des branches des 3^e, 4^e et 5^e paires sacrées. Ces filets nerveux, au nombre de deux ou trois, cheminent de chaque côté, dans l'épaisseur de la gaine fibreuse avec les filets

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Anatomie normale du Sympathique digestif. (Archives des Maladies du Tube digestif et de la Nutrition, Janv. 1924).

(2) LÖEPER. — Les entéronévrites, « Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux », 7 Mars 1919.

sympathiques, pénètrent dans la tunique musculaire rectale, et vont, finalement, aboutir à la muqueuse.

L'anus reçoit son innervation avant tout de la moëlle: deux filets des branches formées par les 3^e, 4^e et 5^e paires sacrées; croisent transversalement la fosse ischio-rectale et se distribuent à la portion moyenne du sphincter externe ou strié, ainsi qu'aux surfaces cutanées péri-anales — c'est le nerf anal ou sphinctérien moyen —; un filament du nerf honteux interne, juste avant sa division en deux branches terminales, ou nerf sphinctérien antérieur; enfin, un filet émané des 5^e et 6^e nerfs sacrés, appelé par Morestin sphinctérien accessoire, se distribue à la région postérieure, entre l'anus et le coccyx. Tous ces filets possèdent des fibres sensibles et motrices et avec eux sont distribués quelques rares filets sympathiques.

Enfin le muscle releveur de l'anus, muscle strié, reçoit un nerf qui se détache de la 3^e paire sacrée et s'unit à un filet de la 6^e paire et à un filet de la 2^e paire (Morestin), descend au devant du plexus sacré et aborde le muscle par sa face profonde. Il reçoit aussi, par sa face superficielle, un nerf formé par la réunion de filets qui se détachent des 3^e et 4^e paires.

Le centre de cette innervation ano-rectale a été localisé dans la moëlle, au niveau de la 1^{re} vertèbre lombaire. Ce centre est pratiquement le même que celui de l'appareil génito-urinaire.

Amorcée par les chirurgiens, l'étude de la physiologie ano-rectale a été faite depuis par de nombreux auteurs (1). Voici quelques-unes de leurs conclusions:

Sensibilité. — A l'état normal, la sensibilité présente des caractères différents dans le segment anal et dans le segment rectal. Le revêtement cutané-muqueux de la région ano-périnéale, et d'une étroite bande sus-sphinctérienne, est sensible aux modes d'excitation habituels (toucher, piqure, courant électrique, température), et la sensation peut être localisée. Cette zone est innervée par les filets d'origine médullaire. Puis la sensibilité s'émousse au-dessus des valvules de Morgagni, et enfin disparaît. La muqueuse rectale, à 4 ou 5 cm. environ du sphincter, est complètement insensible; à ce niveau et au-dessus, le rectum est sensible seulement à la distension, et encore ce mode d'excitation électif ne provoque-t-il qu'une sensation diffuse: le ténisme.

(1) ZIMMERMAN. — « Recherches expérimentales sur la sensibilité de l'Œsoph. et de l'Est., de l'Urètre et de la Vessie, du Rectum et du gros intestin », (*Greenzgeb. der. Med. u. Chirurgie*, vol. XX, f^o 3).

A.F. HERTZ « *The sensibility of the alimentary canal* », London 1911.

Dans cette région, l'innervation est uniquement sympathique. On a expliqué cette sensibilité à la distension par la pression exercée à travers le rectum, sur les muscles striés, releveur et sphincter de l'anus; et dans les régions sus-jacentes, par un tiraillement des nerfs situés dans le mésentère. On constate facilement l'insensibilité de la muqueuse, au cours de la rectoscopie: le malade ne perçoit pas le frottement avec le bout de l'instrument; il ne sent rien lorsqu'on cautérise une ulcération, lorsqu'on enlève un polype. Il existe, d'ailleurs, des variations individuelles.

Les fonctions motrices automatiques ano-rectales, et par conséquent le péristaltisme, dépendent du sympathique, qui innerve les fibres musculaires rectales ainsi que le sphincter interne. Indépendamment, d'ailleurs, de ses relations avec le sympathique central, il est démontré, que tout comme le cœur, par exemple, l'intestin, et en particulier l'intestin ano-recto-sigmoïdien, a son système autonome dans les petits amas de cellules nerveuses que renferment ses parois. Cela explique qu'on ait pu observer sur un rectum amputé et isolé, des contractions rythmiques qui s'accroissent au moindre attouchement de la muqueuse (1).

Cette fonction motrice automatique est contrôlée par les muscles striés, releveur de l'anus et sphincter externe. Ces muscles, innervés par le système nerveux central, se contractent sous l'action de la volonté, mais aussi et même très violemment par réflexe.

Enfin, la *fonction sécrétoire* est sous la dépendance du sympathique, et les sécrétions peuvent être augmentées par excitation expérimentale.

(1) FRIEDEL. — « Physiologie de l'intestin Recto-Sigmoïdien », (Archives des Mal. du F. digest. et de la Nutrition, 1918, p. 505).

Les Névralgies ano-rectales

dites

primitives

HISTORIQUE

Les premières descriptions de la névralgie ano-rectale dite primitive ont été faites par Ullman en 1838. Puis, Velpeau l'étudia d'après ses propres observations et constata qu'elle pouvait s'accompagner de manifestations vésicales. En 1840-41, en Angleterre, Hird en publie une observation, et Gray lui consacre un travail. En 1842, Eitner en Allemagne, enfin en 1843, Max Simon en France, en donnent d'autres observations. Ce dernier auteur insiste sur le caractère paroxystique des crises, leur apparition et leur disparition brusques, l'absence de toute lésion locale; comme traitement, il recommande les bains de vapeur d'eau, qui lui ont donné de bons résultats.

Viennent ensuite deux observations de névralgie, anale semble-t-il, de Dardel (1867-68). En 1895 Quénu et Hartmann, dans leur traité sur la chirurgie du rectum, envisagent les phénomènes névralgiques survivant aux fissures traitées et cicatrisées. Puis nous trouvons une note d'Allingham dans son livre des maladies du rectum (1896), de Bodenhamer (1898), de Thompson (1900), de Tyson (1900); de nombreuses publications de S. Gant (1898 à 1900) qui en observe 9 cas, dont il fait une étude d'ensemble dans son ouvrage des Maladies du Rectum.

Plus récemment (1907), Oppenheim consacre des articles à la névralgie ano-rectale. Albu en rapporte 9 observations et ses malades sont des « neurasthéniques à un degré très prononcé ». Puis ce sont des articles de Pickart (1908) et de Tucker (1908).

Enfin, au cours de ces vingt dernières années, la question a été étudiée surtout en France. En 1908, Millon publie 5 observations de névralgie sphinctérienne ou anale, et se base sur l'évolution pour en essayer la classification et l'explication pathogénique. En 1910, Parmentier et Foucaud, dans un article très documenté, font une étude complète de la névralgie rectale et en donnent deux observations personnelles. Puis nous trouvons une observation de Cade (1911), de Dricaki (1912). En 1917, Mac Lennan étudie les névralgies non-tabétiques. Enfin dans un travail récent, Bensaude et Oury reprennent complètement la question, font une étude séparée de la névralgie rectale et de la névralgie anale, et apportent deux observations de névralgie sphinctérienne.

Au cours de son histoire, vieille de cent ans, la névralgie ano-rectale primitive a été parfaitement étudiée au point de vue clinique. Ses symptômes ont été précisés, et on lui a distingué deux formes, l'une rectale, l'autre anale. Enfin, comme il sied à une névralgie, on lui a opposé de multiples thérapeutiques, avec des résultats variables.

Par contre, son étude étiologique a consisté à en rapporter les causes, pêle-mêle, et à incriminer surtout des troubles névropathiques, à qui, vraiment, on a fait la part trop belle. La pathogénie n'en a été qu'assez rarement ébauchée. Les cas publiés, et ceux que nous avons pu observer, nous paraissent très suffisants pour permettre l'étude étiologique et pathogénique rationnelle de la névralgie ano-rectale.

NÉURALGIE RECTALE DITE PRIMITIVE

La névralgie primitive du rectum est rare. Peut-être paraîtrait-elle plus fréquente si on pratiquait systématiquement la rectoscopie chez tous les malades qui présentent des phénomènes douloureux de la région. Nous en avons observé un cas, récemment, dans le service de notre maître le Dr Bensaude.

OBSERVATION I.

M^{me} E., 44 ans, manutentionnaire, vient à la consultation le 30 Juin 1927, parce que depuis 7 à 8 ans elle souffre de la région rectale et sacrée. Au début, c'était très supportable: quelques brûlures, une certaine gêne; irrégulières. Mais, depuis 3 ans, il s'agit vraiment de bien autre chose. Ce sont des crises douloureuses, extrêmement pénibles, durant par périodes de 5 ou 6 jours. Les douleurs sont très violentes, et la malade les compare à un tiraillement, à un broiement; elles siègent profondément, dans le rectum; se projettent en arrière, le long du sacrum, et irradient dans les fesses et les cuisses. Elles ne sont pas calmées par le repos au lit ou la position assise. D'ailleurs, à maintes reprises, elles ont éclaté la nuit, réveillant brusquement la malade. Elles apparaissent progressivement et disparaissent de même, mais elles présentent plusieurs fois dans les 24 h., des paroxysmes absolument intolérables, qui, eux, s'établissent et prennent fin brusquement. Entre ces périodes de 5 à 6 jours, il existe des intervalles de 8 à 15 jours pendant lesquels persiste un simple endolorissement.

Les douleurs paroxystiques se sont accompagnées quelquefois de ténésme et d'expulsion de glaires; enfin elles sont manifestement indépendantes de la défécation, qu'elles ne suivent en aucun cas. Les selles sont régulières, moulées, mais tout de même, contiennent parfois un peu de mucus et quelques peaux. Les douleurs rectales sont suivies fréquemment de douleurs vésicales: cystalgie avec envies fréquentes d'uriner. Les urines ont toujours été claires.

Pendant longtemps, pensant que la malade souffrait d'hémorroïdes, on a prescrit des suppositoires, de l'hamamelis, etc. Il y a un an $\frac{1}{2}$, on attribue ses douleurs à une salpingite, et on pratique une hystérectomie sub-totale. Effectivement, elles disparaissent pendant 3 mois; mais pour réapparaître bientôt et s'exaspérer. Actuellement, la malade souffre plus que jamais, elle est très fatiguée: elle a maigri de 10 kgs en peu de mois.

Dans les antécédents, on note qu'il y a une dizaine d'années, cette femme a eu de l'entérocolite muco-membraneuse. Ses douleurs abdominales, ses périodes de constipation, ses muco-membranes ont duré 2 ans et ont rétrogradé sous l'influence du traitement.

Depuis, la malade a des selles très régulières; elle ne souffre plus du tout de l'abdomen. Elle remarque seulement, ainsi que nous l'avons dit, de temps à autre, quelques rares mucosités dans ses selles, sans qu'il y ait coïncidence,

semble-t-il, avec les douleurs rectales. La malade est quelque peu irritable, mais n'a pas de troubles névropathiques nets. Il n'existe aucun stigmate de syphilis ou d'éthylisme.

A l'examen, en période de crise, nous nous trouvons en présence d'une femme déprimée et qui semble beaucoup souffrir.

Le toucher rectal provoque une douleur profondément; mais le sphincter n'est ni douloureux, ni contracté. On ne sent ni tumeur, ni hémorroïdes. Il n'existe pas de fissure.

Le coccyx n'est pas douloureux, mais la pression réveille une certaine sensibilité le long des trous sacrés. Les nerfs sciatiques ne sont pas douloureux; il n'y a pas de signe de Lasègue.

Le reste de l'appareil digestif est normal. Le colon n'est ni spasmé, ni douloureux.

Cicatrice de laparotomie sous-ombilicale. Le toucher vaginal montre un col utérin et des culs-de-sac vaginaux normaux. L'examen de l'appareil urinaire est négatif. Les urines ne renferment ni pus, ni sucre, ni albumine. Les appareils respiratoire et circulatoire ne montrent rien de particulier, sauf de l'éréthisme cardiaque; la tension artérielle au Vaquez est 15-9.

Enfin l'examen du système nerveux n'a rien révélé d'anormal, sauf une certaine exagération des réflexes achilléens.

L'examen rectoscopique, pratiqué par M. Bensaude, a montré une muqueuse absolument normale jusqu'à 18 cm. de l'anus, et uniquement, quelques rares varicosités hémorroïdaires internes, sans congestion de la muqueuse.

La malade a été soumise au traitement par la diathermie intra-rectale (3 séances par semaine). Au début, l'électrothérapie a semblé avoir une action sédative sur les douleurs, mais le mieux ne s'est pas poursuivi. Au bout de deux mois les douleurs ont réapparu.

Devant l'insistance de la malade — qui constate quotidiennement les bons résultats obtenus autour d'elle chez les hémorroïdaires — on commence, sans grand espoir d'ailleurs, une série d'injections sclérosantes suivant la technique utilisée par M. Bensaude.

En effet, au bout de huit injections, les douleurs persistent. En définitive, la malade a été améliorée par des médicaments anti-nervins et des douches tièdes sur la région sacrée. Mais elle n'est pas guérie.

Étiologie

La névralgie rectale est rare chez l'enfant. On la voit, en général, chez des gens âgés de 16 à 50 ans, surtout après 30 ans. On a prétendu que les femmes, puis que les hommes en étaient plus fréquemment atteints; il semble bien que les femmes y soient davantage exposées.

Parmi les *causes générales*, chez de très nombreux malades, les auteurs notent des troubles névropathiques. La névralgie rectale ne surviendrait presque toujours que chez des névropathes. En fait, quand on étudie les observations publiées, on s'aperçoit que si dans quelques cas indiscutables, il existait antérieurement à l'algie un terrain névro-

pathique net, dans beaucoup d'autres, il s'agissait simplement d'irritabilité ou d'asthénie consécutives aux phénomènes douloureux et faciles à expliquer.

Le surmenage intellectuel, les émotions violentes, la vie irrégulière ont été notés; enfin les excès d'alcool et de tabac, le paludisme, l'anémie.

Très souvent, les malades étaient des « neuro-arthritiques »: goutte, rhumatisme, asthme, eczéma, mal de Bright ont été trouvés dans leurs antécédents.

Les *causes locales* qui pourraient donner naissance à la névralgie, sont le froid humide, les traumatismes sacro-coccygiens. Chez deux malades de Bodenhamer les douleurs étaient causées par deux petits polypes fibreux (1) de la paroi postérieure du rectum et elles ne disparurent qu'après leur ablation.

Enfin Gant a incriminé la coprostase qui agirait d'après lui, soit par compression nerveuse, soit par toxhémie. A ce propos Parmentier et Foucaud disent: « Ce facteur est contestable. Chez les 9 malades d'Albu le rectum se vidait régulièrement, même pendant les crises douloureuses ». En réalité, on ne sait pas toujours si on doit classer les observations d'Albu parmi les névralgies rectales ou les névralgies anales. Ce qui est certain, c'est que dans un grand nombre de névralgies rectales authentiques, la constipation est notée à un degré plus ou moins accentué. Mais ce qui est vrai aussi, c'est qu'il ne s'agit pas de constipation rectale ou dyschésique; il ne peut donc être question d'une action locale. Et d'ailleurs, cette simple constatation ne peut faire préjuger d'un rôle pathogénique quelconque.

Parmentier et Foucaud, dans les deux cas qu'ils rapportent, ne trouvaient guère de cause capable d'expliquer nettement les crises douloureuses que présentaient leurs malades. Le premier, un homme, était un « neuro-arthritique » sujet à l'asthme et aux migraines. Sa « névropathie », peu nette autrefois, ne s'était accusée qu'à la suite de ses crises rectales. Et celles-ci étaient consécutives à une entéro-colite muco-membraneuse qui, elle, avait pu être guérie par un traitement diététique et thermal. De plus, le malade avait une fistule anale qui dut être opérée. Chez leur deuxième malade, une femme, c'est à la suite, ou mieux parallèlement à une crise d'entéro-colite muco-membraneuse, que les

(1) On pourrait — à juste titre — s'étonner de pareilles causes locales, alors que la névralgie est dite primitive. Nous esquissons ici une étude d'ensemble de tous les cas qui ont été rapportés comme tels. Nous en ferons la critique par la suite.

manifestations douloureuses étaient apparues. Par ailleurs, il existait un utérus gros et en rétroversion.

Chez notre malade, nous ne trouvons pas de troubles névropathiques. Par contre, deux éléments sont aussi nets que dans les cas précédents: 1° Entéro-colite il y a une dizaine d'années; 2° Salpingite opérée il y a un an et demi. Enfin, il existait quelques varicosités hémorroïdaires très discrètes, et qui n'ont pas dû jouer ici un rôle de premier plan.

Dans certains cas, l'examen le plus minutieux n'a rien révélé. Tel, par exemple, celui, récent, de Cade, où l'on voit qu'il n'y a absolument rien à signaler, « sauf cependant une quantité un peu anormale de mucus amorphe » et que « les selles sont assez régulières, avec plutôt tendance à la constipation ».

Symptomatologie

DÉBUT. — Presque toujours, le début est insidieux, progressif, sans véritables caractères névralgiques. Il s'agit, tout d'abord, d'une gêne qui se précise; puis de brûlures passagères qui peu à peu augmentent d'intensité. Rarement le début a été rapide, surprenant les malades.

PÉRIODE D'ETAT. — Les *douleurs* ont atteint toute leur acuité; elles surviennent sous forme de crises intermittentes, paroxysmiques, à début et à terminaison brusques.

Un malade, la veille encore bien portant, ou qui présentait une simple gêne de la région rectale, ressent brusquement, en général le jour, plus rarement la nuit, des douleurs qui, en peu de temps, atteignent toute leur intensité. Elles sont extrêmement vives, intolérables. Dans des cas exceptionnels, elles ont été telles qu'elles ont provoqué la syncope, et un malade de Mac Lennan était venu consulter parce qu'il s'était fracturé le nez au cours de sa chute. Elles sont comparées à des élancements, des brûlures, à une sensation de torsion ou de déchirure; les femmes disent parfois qu'elles souffrent davantage qu'elles n'avaient souffert en accouchant. En général, sur un fond de douleurs sourdes, profondes, se greffent des épisodes lancinants. Enfin, elles peuvent être moins vives, mais constituer tout de même, par leur répétition, une véritable infirmité.

Elles siègent dans la région rectale et sacrée. Elles sont très vives dans la zone de projection du rectum sur le sacrum, et surtout en dehors de la crête sacrée. De là, elles irradient vers l'anus, le périnée, le scrotum, la vessie; parfois elles vont jusque dans les fesses et le long des sciatiques. Mais toutes ces irradiations sont infiniment moins douloureuses que la région rectale et sacrée elle-même.

Les irradiations anales s'accompagnent parfois de ténésme, et les malades se présentent sans cesse à la garde-robe. Au début de la crise, ils expulsent des matières, mais par la suite, les douleurs persistant et le ténésme se renouvelant, seules quelques mucosités glaireuses ou même sanguinolentes sont rejetées. Gant rapporte le cas d'un de ses malades, un avocat, qui devait interrompre ses plaidoiries tant les besoins étaient impérieux.

Fait important, les douleurs ne sont jamais consécutives à la défécation; elles sont antérieures et peuvent même être calmées par elle.

Les irradiations vésicales ne sont pas constantes, mais elles sont fréquentes; elles s'accompagnent de ténésme vésical, et les malades rejettent à tout instant quelques gouttes d'urine. Dans quelques cas, cette irritabilité de la vessie est telle, que l'on peut se demander s'il ne s'agit pas avant tout d'une affection des voies urinaires.

Chez l'homme, les douleurs rectales s'accompagnent parfois de priapisme, intermittent comme la névralgie, et qui prend fin avec elle.

Enfin, les irradiations le long d'un ou des deux nerfs sciatiques sont assez fréquentes; elles ne dépassent pas, en général, la moitié supérieure de la cuisse.

Toutes ces douleurs sont surtout très vives lorsque le malade est debout ou marche. Elles s'atténuent souvent par la position assise ou le repos au lit. Pourtant, dans quelques cas, les douleurs ont éclaté la nuit; ainsi notre malade était brutalement tirée de son sommeil.

L'Examen du malade, au cours de la crise, donne quelques détails intéressants. La pression immédiatement en dehors de la crête sacrée, aux points d'émergence des nerfs sacrés postérieurs, réveille une très vive douleur, ou seulement une certaine sensibilité. Plus rarement, les nerfs sciatiques sont eux aussi douloureux à la pression. Le périnée, l'anus sont sensibles. Mais le maximum de la douleur siège toujours dans la région sacrée. Le toucher rectal montre parfois un très léger spasme de l'anus, mais la règle est l'absence de contracture sphinctérienne. Ce toucher est donc facile. Quelques auteurs ont noté de l'hypesthésie de la muqueuse rectale.

La rectoscopie peut souvent être pratiquée pendant la crise, le sphincter se laissant distendre. L'examen le plus minutieux montre une muqueuse absolument normale. L'ampoule est vide de matières. Dans deux cas, Mac Lennan a observé une trémulation fibrillaire du sphincter interne.

Les *phénomènes généraux* sont souvent marqués; le malade est déprimé, parfois anéanti; lorsque la douleur est particulièrement aiguë, il peut être pris d'un tremblement généralisé, accompagné d'une sensation de froid; le pouls peut être petit, rapide. Par ailleurs, l'examen ne montre rien d'autre, sauf parfois une exagération des réflexes, en particulier des réflexes achilléens et une excitabilité générale.

Au bout d'un laps de temps plus ou moins long, une, deux ou trois heures, le paroxysme prend fin spontanément; les douleurs rectales et sacrées diminuent, les irradiations cessent. Mais la crise peut se renouveler plusieurs fois dans la journée et plusieurs jours de suite.

EVOLUTION. — Ainsi que nous l'avons vu, ces crises douloureuses, qui éclatent et finissent brusquement, durent un temps variable, de quelques minutes à plusieurs heures. Il est rare que la crise ainsi constituée ne se reproduise qu'à échéances éloignées. Presque toujours voici comment les choses se passent: un malade, qui n'avait pas souffert depuis quelque temps, est pris de douleurs très vives, qui durent deux ou trois heures, se calment légèrement pendant quelques heures, reprennent leur intensité première, et ainsi de suite jusqu'à la nuit, où en général les souffrances sont moindres. Il peut se produire ainsi trois ou quatre paroxysmes par jour. Ces paroxysmes se répètent pendant trois, quatre, huit jours; puis, brusquement ou progressivement, tout rentre dans l'ordre jusqu'aux prochaines crises. Celles-ci sont séparées par des intervalles de quelques jours à plusieurs semaines. Pendant ces périodes de calme, longues ou courtes, il persiste une gêne, une légère douleur, « la douleur intervallaire », qui rappelle au malade que tout n'est pas fini, et sur laquelle se grefferont un jour les phénomènes paroxystiques. ,

Parfois, spontanément, ou à la suite du traitement, les crises s'atténuent ou s'espacent. Souvent aussi elles se rapprochent; elles diminuent peut-être alors d'intensité, mais leur fréquence, leur répétition incessante altèrent grandement l'état général. Les malades sont amaigris, anémiés, abattus. Un malade de Parmentier maigrit de 55 kilos en un an; une malade de Cade perd 20 kilos; la nôtre, 10 kilos en quelques mois.

En général, on applique des traitements multiples, et on tâtonne. Le malade continue à souffrir. Et puis un jour on met la main sur une thérapeutique appropriée à ce cas particulier, et le malade se sent finalement très amélioré, sinon même guéri. Mais la névralgie rectale peut constituer une affection tenace, débilitante; aussi, dans certains cas, le *pronostic* doit il en être réservé.

LA NÉVRALGIE ANALE DITE PRIMITIVE

La plupart des observations publiées, de névralgie dite primitive, concernent la névralgie anale, qui serait ainsi beaucoup plus fréquente que la névralgie rectale. Mais les cas rapportés sont très dissemblables. On en aura une idée par la lecture des deux observations suivantes, empruntées, l'une à Bensaude et Oury, l'autre à Millon.

OBSERVATION EMPRUNTÉE A BENSAUDE ET OURY.

L.L., 53 ans, employé de commerce. Le malade vient nous consulter en février 1922 pour des phénomènes douloureux de la région anale.

C'est un homme sans aucune tare pathologique dans le passé, sans aucun stigmate de spécificité, ni d'éthylisme. Notons seulement une céphalée diffuse, avec bourdonnements d'oreille, apparue en 1909 et qui ne disparût spontanément qu'en 1914.

En 1919, le malade présente un eczéma de la région anale avec prurit assez marqué; rapidement, l'application d'une pommade fait disparaître cette dermatose.

Quelques semaines après, une douleur très légère, une sensation de cuisson apparaît à l'anus tous les soirs vers 5 ou 6 heures. Peu à peu, la douleur s'accroît en même temps qu'elle débute plus précocement dans la journée: c'est à 4 heures, puis à 3 heures; enfin au bout de 3 mois, elle apparaît dès le lever. Elle accompagne le malade pendant toute la journée alors qu'elle disparaît lorsqu'il est couché.

Son médecin, consulté, pense à des hémorroïdes; plus tard à une fissure. L'application de pommade, un traitement par la haute fréquence provoquent une courte amélioration. Devant l'échec des nombreuses thérapeutiques essayées, le médecin invoque une affection prostatique.

En 1921; près de deux ans se sont écoulés et, en mai 1921, le malade est adressé au Dr Chevassu. Une cystoscopie reste négative; la prostate est considérée comme à peu près normale. Cependant le chirurgien propose une dilatation. Le 16 Mai intervention: dilatation anale et enlèvement de petites hémorroïdes. A la suite de la dilatation, aggravation de la douleur. Avant l'opération, le malade accusait une sensation de cuisson; après l'intervention, à cette première sensation est venue s'ajouter la sensation d'un muscle qui se contracte douloureusement.

Depuis lors le malade continue à souffrir.

En Février 1922, le Dr Bensaude est consulté; à ce moment on note une petite fissure; une nouvelle série de haute fréquence est prescrite. Aucune amélioration ne se produit. Devant cet échec, le malade vient à nouveau consulter, et c'est en Juillet 1922 que nous avons l'occasion de l'examiner complètement.

Examen du malade le 8 Juillet 1922. — Nous nous trouvons en présence d'un homme alerte, quoique légèrement obèse; présentant un excellent état général. Cet homme nous fait avec précision l'historique de ses douleurs anales au cours d'une journée.

Le matin, au réveil il ne sent rien tant qu'il est couché. Dès le lever il souffre très légèrement, la douleur très fruste rappelle déjà son existence.

Une heure après le lever, le malade va très régulièrement à la selle, selle toujours normale et indolore. Ce n'est que 1/4 d'heure à 20 minutes après que la douleur augmente: sensation de cuisson à environ 1 cm. en dedans de la marge de l'anus et sur tout le pourtour. Cette douleur continue augmente au cours de la journée et atteint son maximum vers 12 heures; à partir de ce moment, elle reste semblable à elle-même. Elle diminue dans la position assise, elle ne disparaîtra totalement que le soir, au lit.

A cette première douleur, vient s'ajouter une douleur d'autre caractère, et plus intermittente: c'est une sensation de constriction du sphincter, apparaissant non pas lorsque le malade va à la selle, mais dans certains mouvements intéressant le bassin et les membres inférieurs. De plus lorsque le malade veut contracter spontanément son sphincter, il ressent une contraction douloureuse.

En outre de ces douleurs cuisantes et constrictives, le malade ressent assez fréquemment du ténesme; ces faux besoins apparaissent au cours de l'après-midi et peuvent être assez intenses pour que le malade qui y est habitué s'y trompe et se présente inutilement à la garde-robe.

Contrastant avec ces multiples douleurs, les selles sont constamment restées régulières, moulées, en quantité suffisante.

SIGNES PHYSIQUES. — L'examen de la région ano-rectale est resté à peu près totalement négatif. La marge de l'anus présente une peau normale, sans fissure, sans épaissement, sans lésions ni prurit. La recherche des troubles de la sensibilité objective a donné les résultats suivants:

Sensibilité thermique: normale; sensibilité tactile: normale; sensibilité douloureuse: la piqure montre une différence très nette entre le bord droit et le bord gauche de la marge anale: au bord droit le malade ressent une sensation hyperesthésique beaucoup plus désagréable, sur une zone de 3 cm. environ.

Le toucher rectal est facilement pratiqué, mais il réveille une douleur assez vive, particulièrement au niveau de la partie postéro-supérieure du sphincter, où l'on sent une zone plus indurée (cicatrice opératoire).

EXAMEN DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Parfaitement normal, appétit conservé, fonctionnement gastrique normal, ventre souple, fèces normales.

EXAMEN DE L'APPAREIL URINAIRE. — Tout à fait normal sans la moindre ébauche de cystalgie.

EXAMEN DE L'APPAREIL CARDIO-PULMONAIRE. — Normal, P.-A. Pachon: 18/8.

EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX. — L'examen de tous les réflexes, tendineux, cutanés, oculaires, les montre normaux: pas le moindre signe de lésion organique du système nerveux.

Au point de vue psychique, le malade reconnaît son excitabilité, des emportements faciles. Sa capacité de travail n'a pas changé, mais tourmenté par ses douleurs, la fin de la journée lui est pénible.

OBSERVATION EMPRUNTÉE A MILLON.

Très bonne santé habituelle. Aucun phénomène dyspeptique. Pas de constipation; selles normales, régulières, parfaitement moulées. Pourtant, quand elle était en pension, elle négligeait volontairement d'aller à la garde-robe. Dès sa sortie de pension, elle s'est guérie de cette constipation volontaire.

Alimentation normale. Aucun éthylysme. Jamais de crises de larmes, ni crises nerveuses. Aucun symptôme neurasthénique. Brusquement, sans que

rien ait pu le faire prévoir, la malade ressentait au niveau de l'anus une douleur violente. Le maximum de la douleur était au pourtour de l'anus. De la région sphinctérienne, elle s'étendait à la région périnéale postérieure et irradiait vers le coccyx. Ces crises sont très douloureuses, et surviennent par accès successifs, durant une à deux minutes. Entre deux accès la douleur ne cesse pas ; elle devient sourde et ne cesse complètement que la crise terminée. La malade ne ressent aucune douleur abdominale, aucune colique, aucun besoin d'aller à la garde-robe. Elle sent qu'il lui serait impossible d'y aller à ce moment si elle en éprouvait le besoin. Jamais ces crises ne surviennent à l'occasion d'une garde-robe.

Pendant la crise, la peau de la région périnéale garde sa sensibilité normale. Le sphincter anal est contracturé, et il serait impossible de faire le toucher rectal sans provoquer des douleurs extrêmement violentes. Ces crises, très douloureuses, sont de courte durée ; elles durent quelques minutes et n'ont jamais dépassé vingt minutes. Dès qu'elles cessent, l'état redevient absolument normal et la malade a dans la journée une selle régulière. Les crises, d'ordinaire, surviennent la nuit, pendant le sommeil. Il est exceptionnel qu'elles aient lieu dans la journée. Elles n'ont pas d'horaire fixe.

A l'examen de la région anale, on ne trouve pas trace de fissure. Pas d'hémorroïdes. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal, pas de stase de matières dans l'ampoule rectale. Pas de métrite ni de fibrome appréciable.

Ces crises se produisent depuis sept ans, à intervalles éloignés de plusieurs mois. Malgré la douleur qu'elle ressent, la malade n'en avait jamais parlé au médecin. Elle retirait un grand soulagement de l'application de compresses humides très chaudes.

Étiologie

Toutes les *causes générales* invoquées dans la névralgie rectale l'ont été ici aussi. En particulier, pour presque tous les auteurs, les cas qu'ils rapportent concernent des névropathes. Il en était ainsi chez les neuf malades d'Albu, chez quatre sur cinq des malades de Millon, chez les deux malades de Bensaude et Oury.

La plupart du temps la « névropathie » n'est pas précisée ; dans d'autres cas il s'agit de « neurasthéniques », dans d'autres, enfin, d'« hystériques ».

En étudiant les observations, on constate que ce sont parfois, en effet, des névropathes indiscutables, comme par exemple une des deux malades de Bensaude et Oury : « la malade, disent-ils, a toujours eu un caractère triste et anxieux, avec des crises de larmes fréquentes. Mais surtout, depuis quelques semaines, des troubles cénestopathiques ont fait leur apparition : la malade ressent dans la région thoracique des impressions vagues, des sensations bizarres de bêtes qui la rongeraient. C'est une sensation de reptation intérieure semblant remonter de la

sphère rectale à la sphère thoracique ». Mais souvent les troubles névropathiques incriminés sont beaucoup moins nets: il s'agit de gens nerveux, irritables, ou même simplement asthéniques, et souvent ces phénomènes sont nettement consécutifs aux douleurs endurées.

Les causes locales — les lésions locales (1) — sont infiniment plus fréquentes ici que dans la névralgie rectale. Certes, plusieurs observations, publiées avec le diagnostic de névralgie anale primitive, montrent une région ano-rectale absolument normale. Ces cas sont même relativement fréquents: il nous faut bien reconnaître que ce sont précisément ceux dans lesquels on a omis de pratiquer la rectoscopie, et où on s'est contenté du toucher rectal.

Millon rapporte cinq observations de névralgie anale, dans lesquelles il n'est pas question d'examen endoscopique: à lui seul, le toucher rectal permit de découvrir deux fois des hémorroïdes; une fois la névralgie était consécutive à une fissure. Or, il est extrêmement fréquent que des lésions ano-rectales échappent au toucher et ne soient diagnostiquées qu'à l'occasion d'un examen restoscopique. Par contre, dans les cas de Bensaude et Oury, on note chez le sujet dont nous avons reproduit l'observation: une fissure cicatrisée, de petites hémorroïdes, une intervention chirurgicale et, par surcroît, Oury s'est aperçu depuis que son malade était un sodomique; la malade même, chez laquelle les phénomènes cénestopathiques étaient si évidents, avait été opérée, un an auparavant, pour une déchirure ano-périnéale.

Des faits analogues sont rapportés dans des observations beaucoup plus anciennes: dans deux observations de Pickardt et dans une observation de Gant, une cicatrice était le point de départ des douleurs. L'un des malades du premier de ces auteurs avait présenté une rectite blennorragique; les ulcérations en étaient complètement guéries, quand apparurent, après quelques mois, des crises paroxystiques dans la région ano-rectale. L'observation de Gant se rapporte à une malade opérée d'hémorroïdes, et chez laquelle des douleurs apparurent six mois après l'intervention. La cicatrice opératoire était restée sensible et la simple pression à ce niveau déterminait une crise douloureuse de vingt minutes.

Souvent, dans les antécédents lointains ou récents, une fissure à l'anus est notée. La fissure est complètement cicatrisée et pourtant les douleurs persistent.

(1) Les mêmes réserves que celles de la page 23 doivent être faites ici. Nous esquissons dans ce chapitre une étude d'ensemble d'après les observations de névralgies étiquetées primitives. Nous en ferons la critique par la suite.

Enfin, la constipation existe, mais elle est moins souvent observée que dans la névralgie rectale, et on ne retrouve pas dans les antécédents des malades l'entérocélite muco-membraneuse.

Symptomatologie

DÉBUT. — Tantôt le malade n'a jamais eu aucun trouble intestinal, et le début se fait sans cause évidente; il est insidieux, progressif; c'est une gêne, puis une douleur de la région anale qui vont en augmentant.

Tantôt, au contraire — et souvent — le malade a déjà présenté une affection ano-rectale diagnostiquée et même traitée; et c'est à la suite de la cicatrisation d'une fissure, par exemple, ou du traitement chirurgical d'hémorroïdes, que des douleurs apparaissent immédiatement ou longtemps après.

PÉRIODE D'ETAT. — Ce sont alors des *crises douloureuses* assez différentes de celles de la névralgie rectale. Théoriquement, ces crises sont paroxystiques, intermittentes, à début et à terminaison brusques. Mais fréquemment ce sont des douleurs qui s'établissent progressivement, ou sont même continues: une gêne marquée, une sensation de cuisson, d'élançements, sur lesquelles se greffent des épisodes paroxystiques beaucoup plus douloureux de torsion et de contracture sphinctériennes. C'est surtout ici que, sur un fond de douleurs sourdes, continues, surviennent les paroxysmes brusques.

Cette douleur siège exactement à l'anus et irradie au coccyx, dans le périnée, au niveau de la vessie, des nerfs sciatiques.

Le malade est tracassé par le ténesme, la sensation de faux besoin; il essaye d'aller à la garde-robe. Si le rectum renferme des matières, celles-ci sont expulsées; puis, lorsque le ténesme persiste, ce sont parfois des glaires muqueuses, assez rares d'ailleurs.

Parfois, au contraire, sous l'influence de la contracture sphinctérienne et lorsque les douleurs sont subintrantes, la défécation est impossible, ou bien les matières sont rubannées, fractionnées.

Caractère important, ici surtout: *les douleurs ne sont pas consécutives à la défécation*. Au contraire, la selle survient, souvent, lorsque la douleur a disparu, ou s'est atténuée.

Les troubles vésicaux sont fréquents: cystalgie, envies fréquentes d'uriner.

Lorsqu'on *examine* le malade, au cours de sa crise, et si ces crises sont vives, il est souvent impossible de pratiquer le toucher rectal sans anesthésie préalable. Si on le tente néanmoins, on réveille des douleurs intolérables et le sphincter est véritablement tétanisé sur le doigt qui explore. Mais chez bien des malades, malgré des crises intenses, les phénomènes douloureux provoqués sont moins excessifs, la pénétration du doigt est facile, mais elle réveille une douleur sur la totalité ou une partie de la virole sphinctérienne. Par contre, la rectoscopie est vraiment impossible en pleine crise sans anesthésie.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont rarement notés; cependant, comme le prouve l'observation de Beusaude et Oury, rapportée ci-dessus, on peut constater une hyperesthésie de la zone cutanéomuqueuse de l'anus. D'après Millon, la pression sur la région périanale, la fosse ischio-rectale, le trajet des filets nerveux se rendant à l'anus, ne provoque aucune douleur; ce serait pour cet auteur la preuve qu'il ne s'agit pas là de névralgie proprement dite, mais de sphinctéralgie.

Les *phénomènes généraux* au cours de la crise sont les mêmes que ceux observés dans la névralgie rectale et dépendent de l'acuité des douleurs.

Spontanément, ou grâce au traitement, les douleurs s'apaisent; les paroxysmes disparaissent les premiers, puis les douleurs permanentes se modèrent. Il est rare que ces dernières prennent fin brusquement, comme cela est fréquent dans la névralgie rectale.

Ici encore, entre les crises persiste une « douleur intervallaire », qui peut être assez prononcée.

L'examen des malades, à cette période, est beaucoup plus facile. Le toucher rectal réveille souvent une légère douleur localisée du sphincter. Souvent on est frappé par une certaine atonie sphinctérienne. La rectoscopie est facile à pratiquer et montre une muqueuse ano-rectale normale ou des cicatrices de lésions antérieures.

EVOLUTION ET FORMES CLINIQUES. — L'intensité, la répétition, l'évolution de ces crises paroxystiques et de ces douleurs continues varient d'un sujet à l'autre, et il est possible de distinguer un certain nombre de formes cliniques.

1° *Forme grave*. — Les douleurs sont continues et vives, les paroxysmes sont fréquents et le malade souffre pendant des mois et des années. « A part la fissure, écrit Gant, je ne connais aucune autre maladie qui produise tant de douleur et tant d'épuisement que la névralgie anale ». Finalement, le malade est déprimé physiquement

et moralement. Ce sont ces malades qui viennent consulter après avoir essayé toute la gamme des médicaments, qui s'étendent sur leurs souffrances et qui sont -- dans leur désir répété de guérir -- pris souvent pour des névropathes.

2° *Forme moyenne*. — Ici les douleurs sont, non pas moins violentes, mais surtout moins tenaces. Les paroxysmes se répètent moins fréquemment. Dans leurs intervalles le calme est plus parfait. Le malade n'est déprimé que pendant ses crises. Enfin, que l'amélioration soit due ou non au traitement, les douleurs finissent par s'atténuer et par disparaître complètement.

3° *Forme bénigne*. — Il s'agit de crises de spasme douloureux de l'anus, survenant à de longs intervalles, une, deux ou trois fois par an, parfois moins souvent, chez des femmes, et de préférence la nuit. Ces crises, beaucoup plus nettement ici que dans les autres formes, surviennent brusquement, réveillent la femme dans son sommeil, durent de quelques minutes à une heure et disparaissent tout aussi brusquement. Le meilleur traitement consiste dans l'application de compresses chaudes sur la région douloureuse. Ces cas doivent être assez nombreux, car ceux qui ont été rapportés n'avaient que fortuitement été déclarés au médecin. Millon en a observé deux cas, dont un reproduit ci-dessus. Nous en avons vu, nous-même, un cas extrêmement net, dont nous donnerons la relation lorsque nous traiterons les névralgies d'origine hémorroïdaire.

Il est évident que cette schématisation en trois formes est fictive et n'englobe pas tous les cas. La névralgie anale ne tient pas dans des cadres aussi rigides. Nous avons donné là trois types cliniques, choisis entre beaucoup d'autres, et qui sont simplement des jalons entre lesquels tous les intermédiaires sont possibles et ont été observés: *la névralgie anale est polymorphe au possible*. Enfin, on ne saurait, comme le fait Millon, tirer de cette classification en trois formes des conclusions pathogéniques. D'après cet auteur, la première serait une topoalgie d'origine centrale, la seconde une névrite par fissure, la troisième une sphinctéralgie simple. En réalité, cette classification ne pourrait présenter, à la rigueur, qu'un certain intérêt pronostique et thérapeutique.

Le simple exposé étiologique des névralgies ano-rectales, dites primitives, montre donc que, dans de nombreux cas, il existe, soit dans la région ano-rectale, soit dans les organes de voisinage du petit

bassin, des lésions très suffisantes pour provoquer l'algie. Hémorroïdes, fistules, ulcérations en évolution, etc, etc., ont été trouvées au niveau de la zone malade. Ces névralgies sont nettement secondaires. Dans d'autres cas, ces mêmes lésions ont rétrocedé: elles sont complètement cicatrisées, mais on sait qu'elles ont existé. La névralgie mérite davantage d'être dite consécutive à une lésion déterminée, plutôt que primitive. Enfin, plus rarement, on n'a trouvé aucune lésion susceptible d'expliquer l'algie: soit que l'examen n'ait pas été complet et qu'en particulier la rectoscopie n'ait pas été faite, et il est difficile de tenir compte de ces cas; soit que la rectoscopie ayant été pratiquée minutieusement, l'examen ait vraiment été négatif. Et alors, souvent, ces derniers malades sont des entéro-colitiques passés ou actuels.

Il est, par conséquent, difficile de considérer comme de simples névroses la plupart de ces névralgies ano-rectales dites primitives.

Les Névralgies ano-rectales
secondaires

Toutes les lésions ano-rectales, toutes les affections des organes du petit bassin, certaines maladies du système nerveux central sont susceptibles de se compliquer de névralgie ano-rectale. Nous nous bornerons; et nous n'étudierons que: les névralgies consécutives à la fissure à l'anus, parce qu'elles sont fréquentes; les névralgies secondaires aux hémorroïdes, parce qu'elles ne sont pas connues; et quelques névralgies symptomatiques d'affections cérébro-spinales parce qu'elles nous ont semblé intéressantes — en soi et au point de vue de la pathologie générale.

NÉVRALGIE ANO-RECTALE ET FISSURE

Nous l'avons vu précédemment, de nombreuses névralgies ano-rectales, appelées primitives, sont en réalité consécutives à des fissures connues.

« L'existence d'une lésion matérielle des filets nerveux de l'anus nous explique encore que parfois des douleurs excessives persistent, alors que la fissure originelle a fait place à une cicatrice; il est vraisemblable qu'un certain nombre de névralgies de l'anus, dites essentielles, ne sont autre chose que des névrites survivant à la fissure, qui, elle, s'est cicatrisée et a disparu. » (1)

Ces névralgies seraient donc dues, d'après Quénu et Hartmann, à une névrite interstitielle peri et intra-fasciculaire des nerfs de l'anus.

Les phénomènes névralgiques consécutifs à la fissure traitée et cicatrisée sont très fréquents. Nous en avons retrouvé plusieurs cas en colligeant les observations prises dans le service du Dr Bensaude. Il s'agit de névralgie anale proprement dite, avec douleur et spasme

(1) QUÉNU et HARTMANN. — « Chirurgie du rectum », 1895, p. 424.

Voici ce que ces auteurs disent des examens anatomo-pathologiques de fissures, pratiqués par eux: « Nous voulons retenir de ces examens deux conclusions principales: la première c'est que sur aucune des nombreuses coupes qui ont été faites, il ne nous a été possible d'apercevoir un filet nerveux mis à nu à la surface de l'ulcère. La seconde, c'est qu'il existe dans certaines fissures une altération très appréciable des filets nerveux sous-jacents à l'ulcération. Il ne s'agit donc pas de simples irritations portant sur les terminaisons et les ramuscules des nerfs; il y a plus, il y a **participation** de ces ramuscules au **processus inflammatoire** ».

sphinctériens. Tantôt les douleurs ne durent que quelques semaines, tantôt, au contraire, elles sont tenaces et le traitement en est très difficile. La fissure est pourtant complètement cicatrisée et l'examen montre soit une petite cicatrice, douloureuse ou non à la pression, soit même une région ano-rectale absolument nette. Les douleurs sont paroxysmiques ou continues, et surtout elles sont indépendantes de la défécation.

La dilatation, qui avait provoqué la guérison de la fissure elle-même, peut être renouvelée: elle n'amène aucune amélioration. Le traitement électrique, dont les résultats sont manifestes dans la sphinctéralgie en rapport avec une fissure en évolution, ne possède ici que l'action incertaine et variable qu'il a dans toutes les névralgies ano-rectales.

NÉVRALGIES ANO-RECTALES ET HÉMORROÏDES

Les phénomènes névralgiques d'origine hémorroïdaire n'ont certes pas échappé à l'attention des cliniciens.

Leube les attribue à la compression du plexus hémorroïdal par les hémorroides, et il rappelle que Romberg les a englobés sous ce titre: « *Hyperæsthesia plexus hypogastrici hæmorrhoidalis* ».

Quincke (1) a également insisté sur les douleurs qui accompagnent les hémorroides. « Les malades, dit-il, accusent une sorte de lourdeur dans les lombes, des crampes dans les extrémités inférieures, des douleurs le long du sciatique: on peut croire à un début de névralgie sciatique ou à une lésion médullaire ».

Quénu et Hartmann (2) les étudient au cours de la rectite hémorroïdaire. Cette rectite se traduirait par un écoulement d'abord muqueux, puis séreux et séro-purulent, et aussi par des troubles fonctionnels, parmi lesquels des douleurs vagues au fondement et dans le bas des reins, avec parfois irradiations dans les hanches et le long de la cuisse. « Les recherches modernes sur les phénomènes douloureux de la phlébite, écrivent-ils, nous ont appris que l'explication de ces douleurs névralgiques doit être cherchée, non dans des phénomènes de compression, mais dans la propagation du processus infectieux aux vaisseaux des nerfs. »

Il est, sans doute, extrêmement banal de voir les sujets porteurs d'hémorroides se plaindre de pesanteur lombo-sacrée, d'élancements dans le fondement, de gêne anale. Ce ne sont pas là de véritables phénomènes névralgiques.

Plus rarement, ils sont mieux caractérisés: il s'agit alors de douleurs plus vives, avec irradiations diverses et surtout le long des sciatiques. Nous possédons l'observation d'un homme âgé de 37 ans, qui, au cours de l'« étranglement » d'hémorroides internes prolabées avait ressenti des douleurs extrêmement vives dans la fesse gauche et sur le trajet du sciatique. Par la suite, le prolapsus s'était réduit, mais la névralgie sciatique avait persisté durant de nombreux mois.

(2) QUÉNU et HARTMANN. — « Chirurgie du Rectum », 1895.

(1) ZIEMSEN, 6.

Toutes ces douleurs sont, en général, facilement curables, et, suivant les indications, les injections sclérosantes, le traitement électrique, ou encore l'intervention chirurgicale donnent de bons résultats.

Ce ne sont pas ces incidents névralgiformes que nous nous proposons d'étudier ici, mais la véritable névralgie ano-rectale telle que nous l'avons définie et dont ils peuvent d'ailleurs être le prélude. Cette névralgie est rare. Nous en avons tout de même observé trois cas en peu de temps, dans le service, il est vrai, de notre maître le D^r Bensaude, où l'on voit beaucoup d'hémorroïdaires.

Lorsqu'un malade atteint d'hémorroïdes internes ou externes connues se plaint de crises douloureuses très vives de la région ano-rectale, on songe immédiatement à une des complications habituelles que l'examen permettra de diagnostiquer exactement. L'examen clinique peut montrer des hémorroïdes procidentes irréductibles, thrombosées. Dans d'autres cas, rien n'apparaît au dehors; mais le déplissement de la marge de l'anus, l'endoscopie pratiquée avec ou sans anesthésie révèlent soit une fissure, soit une ulcération variqueuse, soit une petite fistule, qui expliquent suffisamment la douleur et lui impriment d'ailleurs des caractères différents. Dans quelques cas, il s'agit d'une rectite plus ou moins accusée et étendue: la muqueuse de la région sphinctérienne est rouge foncé, violacée, parcourue par de nombreuses ramifications vasculaires saignant au moindre contact, avec parfois quelques végétations anales. Il arrive, enfin, qu'on ne trouve qu'une papillite: petites excroissances en forme de pyramides, s'implantant par leur base au niveau de la ligne cutanéomuqueuse.

Dans toutes ces complications (1), la douleur est une chose commune: elle disparaît en même temps que l'on traite la cause qui lui a donné naissance. Dans des cas exceptionnels, rien ne l'explique. On constate à l'anuscope des hémorroïdes simples, qui se présentent comme un bourrelet effaçant plus ou moins la lumière ano-rectale, bourrelet rouge légèrement violacé, qui tranche sur la couleur rose normale sus et sous-jacente. Lorsque par ailleurs, l'examen le plus minutieux des organes du petit bassin et du système nerveux central ne décèle aucune lésion, lorsque les douleurs persistent et qu'un nouvel examen rectoscopique montre toujours des hémorroïdes sans altérations anatomiques surajoutées, on est en droit de conclure à l'existence

(1) Ces complications peuvent, d'ailleurs, être elles-mêmes l'origine de la névralgie: dans ce cas, malgré le traitement appliqué et la guérison des lésions, la douleur persiste, tenace et vive.

d'une névralgie ano-rectale d'origine hémorroïdaire. Les trois observations suivantes en montreront les modalités cliniques.

OBSERVATION II.

M^{me} D., 47 ans, ménagère, vient consulter le 3 Septembre 1927.

Voici son histoire :

Début il y a 27 ans par des douleurs extrêmement vives, paroxystiques, de la région ano-rectale, et sans rapports — semble-t-il — avec la défécation. En même temps rectorrhagies, mais pas de procidence hémorroïdaire. La malade va à Beaujon. On constate l'existence d'hémorroïdes. M. Bazy fait une dilatation de l'anus. Aucune amélioration.

La malade continue à souffrir et à perdre du sang pendant de nombreuses années. Il y a 5 ans, les douleurs s'accroissant elle se fait examiner à l'Hôpital de Vaugirard où on lui enlève chirurgicalement ses hémorroïdes.

Son état empire et lorsque la malade est vue dans le service du Dr Bensaude le 3 Septembre 1927 les douleurs présentent les caractères suivants : gêne et brûlures permanentes avec paroxysmes intenses se renouvelant tous les jours. De temps à autre, pertes de sang abondant et qui recouvre les matières. Pas de procidence, pas de rectorrhée, pas de constipation. On examine complètement la malade, et on ne trouve à la rectoscopie qu'une légère congestion hémorroïdaire interne ; on ne distingue pas les cicatrices opératoires ; la muqueuse est normale jusqu'à 18 cm. Les autres organes du petit bassin, le système nerveux central sont indemnes. Pas de troubles névropathiques.

On pratique une série de huit injections sclérosantes qui arrêtent complètement les hémorragies mais restent sans action sur l'élément algique. La malade est alors soumise au traitement diathermique : au bout de 6 séances il n'y a pas de résultats appréciables, la malade continue à souffrir et pourtant le compte rendu d'une nouvelle rectoscopie pratiquée le 24 Novembre 1927 mentionne : la région anale est recouverte d'une muqueuse rosée, sans bourrelet hémorroïdaire, sans stries vasculaires.

Nous conseillons alors des demi-bains à 34° et des douches à 40° sur la région sacrée. Au bout d'un mois la malade se sent soulagée.

OBSERVATION III.

M^{me} R., 53 ans, couturière. Vient consulter le 15 Octobre 1927, parce que depuis 4 mois surtout, elle souffre de la région ano-rectale.

Il y a un an environ la malade a commencé à ressentir un peu de gêne et de pesanteur. Mais depuis le mois de Juin dernier, ce sont des douleurs extrêmement vives, comparées à des brûlures, à des déchirures qui surviennent brusquement, présentant des paroxysmes intolérables, et prennent fin plus ou moins lentement. Ces crises douloureuses surviennent par périodes de cinq ou six jours, au cours desquels la malade a quatre ou cinq crises par 24 heures, disparaissent pendant quelques jours, puis se renouvellent sans cause. Elles éclatent à tous les moments de la journée et même la nuit, et ne sont pas calmées par le repos ; elles sont indépendantes de la défécation qui serait plus facile quand elles n'existent pas. Les selles sont régulières, moulées. Enfin ces douleurs irradient en arrière, le long du sacrum et de la face postérieure des cuisses. Le calme n'est pas parfait dans les intervalles qui séparent les accès : la malade a toujours un endolorissement de l'anus.

Une seule fois une rectorrhagie a été constatée — sang rouge recouvrant les matières — pas de rectorrhée, pas de prolapsus.

Il y a trois mois la malade est allée consulter à l'Hôpital Saint-Louis; on a attribué ses douleurs à un fibrome gros comme un œuf et on a fait douze séances de radiothérapie. Le fibrome a disparu; mais loin de s'atténuer les douleurs n'ont fait qu'augmenter. On a alors pensé à des lésions ano-rectales; la malade est envoyée à Saint-Antoine, dans le service de M. Bensaupe, où nous l'examinons.

ANTÉCÉDENTS. — Réglée à 12 ans; régulièrement, mais règles douloureuses et abondantes. Ménopause depuis 8 ans. Un enfant bien portant. Pas de fausses-couches. Fibrome constaté depuis déjà dix-huit ans et qui ne s'était d'ailleurs pas développé d'avantage ces derniers temps.

EXAMEN. — L'Examen de l'appareil génital ne montre absolument rien. Les culs-de-sac vaginaux sont parfaitement libres, on ne sent pas le fond utérin.

Au niveau de l'anus, aucun écoulement; pas de fissure de la marge. Le toucher rectal ne montre rien et se fait en réveillant une contracture et une douleur légères du sphincter. Par contre, à la Rectoscopie, on voit un bourrelet hémorroïdaire de dimensions moyennes et qui n'obstrue pas complètement la lumière rectale; il n'y a aucune ulcération. La muqueuse est normale jus qu'à 18 cm.

Le système nerveux et tous les appareils sont normaux. La malade n'est pas — et n'a jamais été — une névropathe.

TRAITEMENT. — Anti-nervins et haute-fréquence qui calment la malade, mais ne la guérissent pas: au bout de trois mois les douleurs sont peut-être moins vives, mais elles persistent.

OBSERVATION IV.

M^{lle} B., 25 ans, couturière vient consulter le 29 Octobre 1927 parce que de temps à autre elle perd un peu de sang par l'anus. Ces rectorrhagies surviennent régulièrement, trois ou quatre fois par semaine, et sont simplement constituées par quelques rares gouttes de sang rouge qui recouvre les matières. Pas de prolapsus hémorroïdaire, pas de douleurs à la défécation, pas de constipation, jamais de pesanteur anale ou lombo-sacrée.

Cependant, la malade a eu il y a deux jours, brusquement la nuit, dans la région anale, une douleur atroce, qui l'a réveillée alors qu'elle dormait profondément. Cette douleur siégeait exactement dans le fondement et s'accompagnait de la sensation très nette que l'anus se contractait tellement qu'il allait « éclater ». Elle était si vive qu'il y eut des nausées et un état syncopal. Au bout d'une demi-heure, brusquement, aussi brusquement que s'il y avait eu un déclic, la douleur avait disparu et la malade s'était rendormie.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que ces douleurs apparaissent. Elles ont commencé il y a cinq ans dans des conditions différentes: la malade se présentait à la garde-robe, lorsque brusquement, avant tout début de défécation, elle avait été prise de phénomènes douloureux analogues à ceux déjà décrits. Et il lui avait été impossible d'aller à la selle. En vingt minutes la crise avait pris fin.

Depuis cinq ans les douleurs se sont répétées exactement huit fois: sept fois la nuit en plein sommeil, une fois le jour, alors que la malade descendait paisiblement un escalier et sans que chaque fois rien ait pu faire prévoir qu'elles allaient survenir. Jamais la moindre sensation anormale n'a été ressentie entre ces accès paroxystiques.

L'examen de la région ano-rectale ne montre rien de particulier. Le toucher rectal ne révèle même pas d'hémorroïdes. La Rectoscopie montre toutefois un bourrelet hémorroïdaire moyennement développé, sans la moindre ulcération ou trace de rectite.

Enfin, un examen minutieux des organes du petit bassin et du système nerveux central a été absolument négatif. Aucun phénomène névropathique.

Dans les antécédents, rien d'autre à retenir que des règles douloureuses et irrégulières.

L'analyse de ces trois observations permet de tirer certaines conclusions:

Ce sont des femmes ne présentant pas de tare névropathique chez lesquelles *des hémorroïdes simples — sans lésions surajoutées — s'accompagnent de névralgie anale*. Celle-ci, comme la névralgie anale primitive est extrêmement variable dans son évolution. Elle peut être grave, moyenne, ou bénigne et, dans ce dernier cas, il s'agit de sphinctéralgie transitoire apparaissant la nuit et semblable à celle observée par Millon.

Dans ces trois cas, les hémorroïdes n'avaient jamais été proci-dentes; le toucher n'avait jamais permis de les sentir. Elles ne furent diagnostiquées qu'au cours de la rectoscopie. Il en découle la nécessité absolue de l'examen endoscopique chez tout sujet souffrant de la région ano-rectale.

L'examen clinique, enfin, doit être complet: nous avons eu l'occasion récemment d'examiner une jeune femme atteinte de névralgie anale intense, s'accroissant de plus en plus depuis 4 ans. La rectoscopie montra un bourrelet hémorroïdaire simple et la malade fut soumise à un traitement diathermique intra-anal. Un examen ultérieur ayant montré l'existence d'une salpingite chronique droite consécutive à un accouchement survenu il y a 4 ans, la malade ne fut complètement améliorée que lorsqu'à la diathermie intra-anale fut associée la diathermie génitale (1).

Le traitement de ces névralgies est extrêmement difficile. A part la névralgie transitoire, dont les malades ne s'inquiètent pas, et qui peut être écourtée par l'application de compresses chaudes sur la région ano-coccygienne, la forme grave et la forme moyenne sont extrêmement rebelles.

(1) Une notion se dégage d'ailleurs de l'étude des névralgies ano-rectales, c'est la fréquence des lésions et des troubles de l'appareil génital chez les femmes qui en sont atteintes. Il est vraisemblable que dans beaucoup de cas, la névralgie ano-rectale n'est que la localisation particulière d'une névralgie pelvienne d'origine génitale (fibrome, salpingite, dysménorrhée, intervention chirurgicale, etc.)

Le traitement chirurgical — dilatation ou extirpation des hémorroïdes —, a amené une recrudescence de la douleur. Les injections sclérosantes, habituellement si remarquables par leur action sur les hémorragies et sur la pesanteur et la gêne anales, ont arrêté les hémorragies, mais ont eu un effet défavorable sur l'élément douloureux.

Enfin, la haute fréquence et la diathermie, employées avec tant de succès contre tous les phénomènes névralgiques qui accompagnent les complications des hémorroïdes, n'ont pas donné dans ces névralgies anales typiques de résultats particulièrement brillants. Leur action a été provisoire et, en définitive, nous avons dû recourir aux anti-nervins et aux applications locales chaudes, dont les résultats, quoique partiels, ont été manifestes.

La pathogénie de cette névralgie anale, d'origine hémorroïdaire, pourrait peut être s'expliquer par les constatations suivantes de Quénu et Hartmann :

« Sur plusieurs pièces (d'hémorroïdes), nous avons rencontré la coupe de filets nerveux, la plupart du temps au voisinage des artérioles, dans la couche cellulo-vasculaire; ces nerfs siégeaient au milieu d'un tissu cellulaire lâche normal, tantôt au niveau d'un tissu devenu scléreux; les vasa-nervorum participent parfois à la dilatation variqueuse. Les seules lésions constatées sont des lésions de périnévrite. »

Dans des conditions difficiles à préciser, il est très vraisemblable que ces lésions s'accroissent et s'étendent, donnant ainsi naissance à la névrite et à la névralgie. On comprend alors que l'action traumatique de l'intervention chirurgicale et celle sclérosante des injections péri-veineuses (1) accentuent la névralgie.

On peut donc considérer la névralgie comme une complication des hémorroïdes; complication tenace, résistante au traitement, mais heureusement assez rare et qui ne peut être diagnostiquée qu'après un examen démontrant l'absence de toute autre lésion susceptible d'expliquer la douleur.

★★

Nous voyons donc que des affections telles qu'une fissure complètement cicatrisée, des hémorroïdes simples, sont susceptibles d'être le point de départ de névralgie anale intense et persistante. Jusqu'à pré-

(1) BENSUADE. — Traitement des hémorroïdes par des injections sclérosantes péri-veineuses. Examen histologique d'hémorroïdes traitées par ces injections (*Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp.*, Mai 1923).

sent, toutes ces formes ont été étudiées avec la névralgie primitive. Ou plutôt, il est facile de constater que, parmi les névralgies, dites primitives, beaucoup sont en réalité secondaires ou consécutives à des hémorroides ou à des fissures, que les auteurs signalaient sans souvent en tenir compte.

Il est certain que les lésions muqueuses sont minimales; mais les altérations nerveuses sous-jacentes sont manifestes. Ces névralgies ne peuvent pas être des névroses.

NÉVRALGIES ANO-RECTALES

ET MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Les névralgies ano-rectales ne sont pas très rares au cours des affections cérébro-spinales. Elles sont surtout fréquentes dans le tabès. Mais on les a observées dans certaines compressions médullaires par mal de Pott ou cancer vertébral; et aussi dans les affections de la queue de cheval.

Allingham a signalé des cas d'épilepsie avec aura rectale, et d'après le même auteur, la manie, au début de son évolution, s'accompagnerait parfois de crises rectales.

Enfin il nous paraît intéressant d'ajouter ici quelques névralgies ano-rectales en rapport avec diverses affections qui ont été très étudiées au cours de ces dernières années, comme par exemple, l'encéphalite épidémique, ou encore le zona et l'herpès.

Nous n'avons nullement l'intention de faire une étude complète de la question et surtout de l'envisager du point de vue neurologique. Nous voulons simplement rapporter quelques observations de malades venus consulter dans un service de maladies du tube digestif et plus spécialement de proctologie.

NÉVRALGIES ANO-RECTALES ET TABÈS

Les crises ano-rectales du tabès sont, certes, beaucoup moins fréquentes que les crises gastriques. Mais, comme celles-ci elles constituent, presque toujours, une manifestation prémonitoire de l'affection. Aussi doivent-elles être parfaitement connues.

Fournier (1), dans son étude magistrale de la période préataxique du Tabès, en fait sous le nom de *ténésme ano-rectal*, une description détaillée. Ce sont des douleurs très vives siégeant dans la région rectale et surtout anale et qui s'accompagnent d'un ténésme intense. Ces phénomènes durent de quelques heures à quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle crise. Entre temps le calme est parfait.

Notre maître, le Dr Bensaude a, par quatre fois, dépisté le Tabès chez des malades venus consulter pour des signes de ténésme ano-rectal. Récemment encore, dans son service, nous avons l'occasion d'en observer un cas que voici :

OBSERVATION V.

M^{me} C.T., 50 ans, femme de ménage, vient consulter le 15 Octobre 1927, parce qu'elle ressent des douleurs extrêmement vives, dans la région ano-rectale. Voici comment ces phénomènes douloureux se présentent :

Lorsqu'elle est allongée la malade ne souffre pas ; aussi la nuit se passe-t-elle parfaitement bien. Mais, le matin dès qu'elle est debout, apparaît une sensation de pesanteur anale — d'ailleurs bien tolérée. — Vers 7 h. $\frac{1}{2}$ régulièrement et spontanément la malade va à la selle. Selle moulée, absolument normale et ne s'accompagnant d'aucune douleur. La sensation de pesanteur anale persiste. Vers dix heures, brusquement, les douleurs apparaissent. Elles siègent au niveau de l'anus et aussi profondément dans la région rectale. Ce sont des brûlures, des sensations extrêmement douloureuses de torsion et de distension qui irradient en arrière, dans la région sacrée, dans les fesses. Cette sensation de distension, surtout, est tellement vive, que la malade est persuadée qu'elle a dans le rectum une énorme boule dont l'expulsion la soulagerait. Elle se présente à la selle, mais sans résultat. Quelquefois cependant, ses efforts aboutissent au rejet de quelques matières mélangées de glaires, exceptionnellement sanguinolentes.

(1) A. FOURNIER. — Leçons sur la période préataxique du Tabès d'origine syphilitique, (Masson, 1885).

De l'Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, (Masson, 1882).

Enfin, la malade a parfois ce qu'elle appelle le « bonheur » d'expulser quelques gaz et immédiatement ses douleurs cessent. Mais ce modeste « bonheur », qu'elle souhaite à chacune de ses crises, ne lui échoit que trop rarement, et elle continue à souffrir. Au bout d'une heure ou deux, en peu de temps, les douleurs s'apaisent. Mais toujours persiste la gêne dans la région anale. L'après-midi se passe rarement bien. Presque toujours, les phénomènes douloureux réapparaissent en un ou deux paroxysmes analogues à celui du matin. Il est remarquable que lorsque la malade est couchée ou assise ses douleurs n'ont pas tendance à se reproduire. Enfin elle n'a — accompagnant ses crises ou en dehors d'elles — aucune douleur abdominale. Son appétit est conservé ; ses digestions sont parfaites. Elle n'a pas maigri, mais elle est déprimée physiquement et moralement.

Elle souffre pourtant depuis le mois de Juillet 1926. Le début avait été marqué par un engourdissement des membres inférieurs, fait de faiblesse, de courbature, et qui avait duré cinq ou six jours, au bout desquels brusquement les douleurs rectales étaient apparues. Pendant une dizaine de jours, les paroxysmes s'étaient accompagnés d'émission de matières, soit rubannées, soit fractionnées et ovillées.

A cette époque, un médecin, consulté, pense qu'il s'agit d'hémorroïdes et prescrit un régime, des suppositoires, des pommades. La malade continue à souffrir quotidiennement, seule varie l'intensité de ses douleurs. Elle consulte d'autres médecins qui tous la soignent pour des hémorroïdes. Au bout d'un an on constate que la malade a un fibrome de l'utérus. On lui attribue les douleurs ano-rectales et on l'enlève chirurgicalement. Après l'intervention une amélioration se produit qui dure un mois. Puis, les phénomènes douloureux reprennent de plus belle. Ils surviennent par périodes de huit, dix jours, avec des intervalles de repos incomplet de trois ou quatre jours. Un médecin pense encore qu'il s'agit d'hémorroïdes et la malade vient consulter dans le service du Dr Bensaude — où espère-t-elle, on la débarrassera de toutes ses misères, grâce aux injections sclérosantes. — Un examen sommaire est alors pratiqué. Le toucher rectal montre que le sphincter est douloureux dans sa partie antérieure, mais qu'il se laisse assez facilement distendre. On ne sent ni bourrelet hémorroïdaire, ni tumeur. D'autre part le toucher vaginal révèle un col normal, avec des culs-de-sac libres et indolents. Il n'y a aucune sensibilité sacrée, périnéale ou coccygienne.

Le 18 Octobre, le Dr Bensaude pratique une rectoscopie : pas de fissure, pas la moindre varice hémorroïdaire, aucune lésion de la muqueuse. Il s'agissait vraisemblablement de névralgie ano-rectale.

C'est alors qu'un examen du système nerveux montra qu'il existait une abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens ; que les pupilles étaient légèrement déformées, ne réagissaient que très paresseusement à la lumière, alors que l'accommodation à la distance était parfaite. L'examen le plus minutieux ne découvrit pas grand'chose d'autre : pas de troubles de la sensibilité musculaire, tactile, douloureuse ou thermique ; pas de signe de Romberg ; les épreuves habituelles furent négatives.

Par ailleurs, il existait un très léger souffle systolique de la base avec clangor du 2^e bruit aortique. La T.A. était 16-9 au Vaquez. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine. Tous les autres appareils étaient normaux. Pour des raisons indépendantes de notre volonté la ponction lombaire ne fut pas pratiquée.

Dans les antécédents on ne trouvait rien de net. Réglée depuis l'âge de 12 ans, cette femme n'a jamais eu de fausses-couches, ni d'enfants. Elle a été

bien portante jusqu'au début de ses crises douloureuses. Toutefois en 1916 elle a eu une sciatique gauche qui a duré deux mois.

En définitive, il s'agissait d'une femme atteinte de tabès dont la seule manifestation avait été, depuis un an et demi, la répétition fréquente de paroxysmes douloureux ano-rectaux.

TRAITEMENT. — La malade est alors envoyée à la consultation du soir du Dr Gougerot. Le Bordet-Wassermann effectué le 4 Novembre 1927, est négatif H⁸ dans le sang.

On commence un traitement prudent par le sulfarsénol. Une nouvelle réaction de fixation faite le 25 Novembre est positive H⁴ H⁰. A la suite de phénomènes nitritoïdes, on doit recourir au Quinby.

Nous avons revu la malade le 10 Janvier 1928: ses douleurs ano-rectales ont à peu près complètement cessé sous la seule influence du traitement spécifique.

Dans l'ensemble, cette observation est conforme à la description classique. On retrouve les crises à début et à terminaison rapides, cette sensation de boule intra-rectale que les malades décrivent spontanément, ce ténésme qui les fait se présenter 10, 20 fois à la selle dans la même journée. Toutefois quelques détails sont particuliers: il n'y a pas le calme à peu près absolu qui sépare habituellement les crises. Notre malade souffre même en dehors des accès paroxystiques qui sont plus fréquents que d'ordinaire. Elle n'a pour ainsi dire aucun répit (1). Elle n'a jamais eu de cystalgie, de douleurs fulgurantes dans les jambes, qui accompagnent si souvent la rectalgie tabétique.

Cet état d'excitation rectale permanente explique qu'il n'y ait pas, dans notre cas, la constipation que l'on observe souvent entre les crises et qui est un exemple de constipation terminale (ou dyschésie, décrite par Hertz), due pour une part à la parésie, pour une autre part à l'anesthésie ano-rectales.

Enfin, nous n'avons pas retrouvé — probablement pour les mêmes raisons — le phénomène étudié par Collier F. Martin, qui consisterait dans une distension accentuée et facile du sphincter externe par le doigt introduit dans l'anus et effectuant une pression latérale; distension telle, qu'elle permettrait de voir la partie inférieure du rectum sans instrument. L'auteur attribue ce phénomène à une perte du réflexe sphinctérien. Dans quelques cas de tabès d'autres particularités furent

(1) Il y a là quelque chose d'analogue à ce qu'on décrit sous le nom de *topoalgie continue paroxystique tabétique*, ou encore de *causalgie motrice du pied chez le tabétique*, et qui consiste dans une algie continue, fixée presque toujours au pied, qui s'accompagne d'accès paroxystiques, au cours desquels le membre inférieur est brusquement secoué d'un tremblement choréiforme. Le caractère continu des douleurs avec accès paroxystiques indiquerait la participation pépondérante du sympathique dans leur pathogénie. Voir SICARD: Les Algies et leur traitement (in Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. Neurologie T. II, Maloine, 1924).

notées par lui: béance de l'anus après le toucher rectal, anesthésie de la peau anale et disparition des plis radiés de l'anus. « Comme les symptômes rectaux et vésicaux surviennent tôt chez les tabétiques, un sphincter externe paralysé, avec une histoire de constipation persistante, associée à de vagues ou sévères douleurs du rectum, une perte du réflexe du canal anal, pourraient suggérer au clinicien la nécessité de rechercher les autres réflexes » (1).

Pour terminer, nous voudrions insister sur l'obligation de pratiquer un examen rectoscopique chez tous les malades présentant des douleurs ano-rectales. Cet examen, en démontrant l'intégrité de la muqueuse, évitera de perdre un temps précieux à soigner des hémorroides hypothétiques; il orientera vers les affections cérébro-spinales et on pourra lui devoir ainsi un diagnostic précoce. Mais il faut aussi le pratiquer chez les tabétiques connus et qui se plaignent de phénomènes douloureux ano-rectaux. Nous avons entre les mains une observation communiquée par notre ami le Dr Oury, et qui est bien démonstrative à cet égard. Il s'agit d'un homme, tabétique avéré, qui se plaignait de douleurs ano-rectales. L'examen rectoscopique montra qu'il s'agissait, non pas de névralgie ano-rectale, comme on aurait pu le croire, mais d'un rétrécissement sodomo-syphilitique.

Nous n'envisagerons pas le problème pathogénique du ténesme ano-rectal tabétique: une discussion au sujet de la prépondérance des lésions sur le sympathique, ou sur les racines sacrées postérieures, n'est pas de notre ressort.

(1) COLLIER F. MARTIN. — « *The Reflexes and Neuroses of the Rectum and Anus* » in *Diseases of the rectum and Anus*, par Cook (Philadelphie, 1914).

NÉVRALGIE ANO-RECTALE ET ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Les algies sont fréquentes au cours de l'encéphalite épidémique et elles peuvent survenir à un moment quelconque de son évolution.

En 1920, Sicard avait attiré l'attention sur une forme particulière d'encéphalite, la forme myoclonique, souvent précédée de douleurs extrêmement vives et à localisation cervico-brachiale prédominante. Puis Roger (de Marseille) individualisa une forme algo-myoclonique qui, pendant une période évolutive assez longue, peut ne se manifester que par des phénomènes algiques. On en arriva ainsi à se demander s'il n'était pas permis de décrire une forme algique monosymptomatique de l'encéphalite épidémique. Dans toutes ces formes, l'algie est un symptôme précoce. Plus rarement, elle survient à la période d'état de l'affection, ou encore comme manifestation tardive.

Les phénomènes hypéresthésiques décrits étaient tous localisés au niveau des nerfs d'origine cérébro-médullaire, dans les territoires de la vie de relation. En 1925, Oury et Mornet (1) rassemblaient un certain nombre d'observations récentes, dans lesquelles l'algie était au contraire viscérale, localisée au niveau d'organes innervés par le système végétatif. Il s'agissait d'une rectalgie et d'une otalgie observées par Bensaude; de phénomènes à types angineux observés par Laubry; enfin, de quatre cas colligés dans la littérature anglaise, et concernant des malades entrés dans un service de chirurgie pour des syndromes abdominaux aigus tels, qu'on pût les croire atteints de perforation gastrique ou de colique néphrétique. Chez tous ces malades, sauf un, les douleurs viscérales avaient été primitives, précédant d'un temps variable les autres manifestations encéphalitiques.

Nous tenons, de notre ami Oury, l'observation de rectalgie étudiée par M. Bensaude. Nous pensons qu'elle peut trouver sa place dans notre travail.

(1) OURY et MORNET. — « Les douleurs viscérales au cours de l'encéphalite épidémique ». *Journal de Med. et de Chir. pratiques*, Octobre 1925.

OBSERVATION VI.

M^{lle} X, 25 ans, vient d'avoir une encéphalite épidémique à forme myoclonique, qui l'a retenue plusieurs semaines au lit. Depuis un mois, les phénomènes généraux ont disparu, et la malade a à peu près repris sa vie habituelle.

A la suite d'une sensation de gêne, de brûlures au niveau de l'anus, elle a été prise, ces jours-ci, de douleurs extrêmement vives qui ont duré quelques heures, puis se sont brusquement arrêtées. Et depuis, tous les jours ou tous les deux jours, surviennent des crises paroxystiques, intermittentes qui durent trois ou quatre heures. Ces douleurs occupent toute l'étendue du rectum et de la région sacro-coccygienne, n'irradient pas, ne s'accompagnent pas de phénomènes vésicaux, mais provoquant parfois du ténésme. Elles sont tout à fait indépendantes de la défécation. La malade n'est pas constipée.

L'examen ne montre aucune modification de la sensibilité objective de la région sacro-coccygienne. Le toucher rectal, fait sans difficultés, ne rencontre pas d'obstacle sphinctérien; on réveille une légère douleur profondément dans le rectum, mais on ne sent aucune anomalie. L'examen rectoscopique permet d'affirmer l'absence de toute lésion ano-rectale. Les organes du petit bassin sont tout à fait normaux. Enfin, un examen prolongé montre qu'il existe encore quelques rares myoclonies thoraciques. Rien d'autre au point de vue nerveux.

Il fallut bien admettre une relation de cause à effet entre l'encéphalite et la rectalgie. Au bout de quelques semaines les accès paroxystiques s'atténuèrent puis finirent par disparaître.

Il ne nous appartient pas de décider si cette névralgie ano-rectale, manifestation tardive d'une encéphalique épidémique, était due à une irritation localisée des noyaux gris centraux — et plus spécialement du thalamus — à une atteinte des racines sacrées, ou à une lésion du sympathique pelvien.

NÉVRALGIE ANO-RECTALE

ZONA ET HERPÈS

La névralgie ano-rectale que nous avons en vue, ne doit pas être confondue avec la douleur si souvent consécutive au zona et surtout à l'herpès anal. Dans ce dernier cas, les éléments éruptifs, ulcérés, constituent des érosions de la muqueuse, de véritables fissures, qui se traduisent alors par un syndrome fissuraire typique. Dans les cas que nous voulons étudier, au contraire, il s'agit d'une véritable névralgie, telle que nous l'avons définie, antérieure à l'éruption, et qui fait partie des manifestations cliniques du zona et de l'herpès.

ZONA.

Le *zona sacro-ischiatique* est la localisation la plus rare de cette affection. Il revêt des types cliniques variés, suivant le siège exact de l'éruption. La fesse, le sacrum, l'anus, le périnée, la face postérieure des bourses, les grandes lèvres, le vagin et le pénis (nerf honteux interne), la région postérieure de la cuisse (nerf petit sciatique) sont le domaine de cette forme. Rarement l'éruption suit toutes les branches nerveuses; souvent elle est limitée. Il existe un assez grand nombre d'observations dans lesquelles le zona siège, en particulier dans la région anale; mais cette localisation s'accompagne toujours d'éruption voisine plus ou moins étendue. D'autre part, les douleurs qui l'accompagnent se situent exceptionnellement d'une façon élective dans la région ano-rectale.

Le cas suivant observé par MM. Bensaude et Cain est une névralgie ano-rectale manifeste, d'origine zonateuse.

OBSERVATION VII.

M^{me} X., 52 ans, entre à l'Hôpital Saint-Antoine le 22 Avril 1925 parée qu'elle souffre très violemment de la région ano-rectale.

A la suite de quelques phénomènes généraux (état fébrile, courbature), la malade a été prise brusquement de douleurs intenses siégeant dans le rectum et dans l'anus — où elles sont particulièrement marquées —, et aussi

dans la fesse droite. Ces douleurs se sont accompagnées de ténésme ano-rectal, mais non de troubles vésicaux. Elles ont persisté depuis. Elles sont continues, donnent une impression d'élancements, de brûlures, sur lesquels se greffent plusieurs fois par jour, des paroxysmes violents au cours desquels le ténésme (1) apparaît et la malade expulse des glaires. Ces paroxysmes sont tout à fait indépendants de la défécation qui se fait normalement, et après laquelle ils ne surviennent jamais.

Quatre jours après le début des phénomènes douloureux et à la suite de leur exaspération, une éruption est apparue. La malade vient consulter au bout de dix jours, car elle souffre toujours autant. Elle est admise dans le service.

A l'examen on constate qu'il existe un zona dont les éléments éruptifs occupent les régions suivantes:

1° La partie inférieure et interne de la fesse droite; 2° la face postérieure de la cuisse du même côté; 3° la moitié droite de la marge anale; 4° le côté droit du canal anal à environ 2 cm. au-dessus de l'anus; on y voit de toutes petites vésicules ulcérées, qui du fait des plis de l'anus ont perdu leur aspect cyclique. L'examen du canal anal (2) n'est rendu possible qu'après une injection épidurale. Par ailleurs cette femme est atteinte d'une cirrhose hypertrophique avec ascite et glycosurie.

La douleur anale n'était pas une douleur fissuraire comme on aurait pu le penser; elle était antérieure à l'éruption et absolument indépendante de la défécation. Il s'agissait donc bien d'une névralgie anale, au cours d'un zona sacro-ischiatique, chez une cirrhotique. D'ailleurs dans les semaines qui suivirent, l'éruption anale et cutanée se cicatrisa complètement, mais les douleurs persistèrent et ne prirent fin que longtemps après.

Quelques auteurs n'ont pas hésité à considérer comme des zonas frustes des névralgies intercostales persistantes, alors même que les éléments cutanés faisaient complètement défaut. Nous n'osons, quant à nous, soulever l'hypothèse que peut-être certaines névralgies ano-rectales primitives sont des zonas sacro-ischiatiques sans éruption. Cette hypothèse ne pourrait être vérifiée que si la ponction lombaire, faite systématiquement, montrait dans quelques cas une lymphocytose presque pure avec albuminose normale du liquide céphalo-rachidien, comme on l'observe dans la moitié des cas de zona typique.

(1) Ce ténésme contraste nettement avec ce que Parsat a constaté dans un cas rapporté par lui dans les *Annales de Dermat. et de Syphil.*, Juin 1910. Il s'agissait d'un zona ano-périnéo-scrotal, caractérisé par une rétention complète des urines et des matières fécales. De sorte qu'on dut évacuer le rectum par des lavements et pratiquer le cathétérisme vésical pendant douze jours consécutifs.

(2) On trouvera dans R. Bensaude, (*Traité d'Endoscopie*, 1926, Fig. 45 et 46), les reproductions de cet aspect rectoscopique.

HERPÈS.

OBSERVATION VIII.

M^{me} M., 58 ans, vient consulter le 5 Juin 1921 le D^r Bensaude, parce qu'elle souffre depuis quelque temps de la région ano-rectale, et parce qu'elle a eu dernièrement une rectorrhagie. Les douleurs ont apparu progressivement. D'abord intermittentes et légères, elles se sont accentuées et sont maintenant continues: sensation de brûlure permanente avec, par moments, des paroxysmes intenses, non consécutifs à la défécation.

La Rectoscopie ne montre rien d'autre que des hémorroïdes internes assez développées et qui n'ont d'ailleurs jamais été procidentés.

L'examen le plus complet ne permet pas d'attribuer à autre chose qu'aux hémorroïdes l'apparition de cette névralgie ano-rectale. Le D^r Bensaude conseille des applications de haute-fréquence, des suppositoires calmants, un régime.

En Juillet 1924 la malade consulte de nouveau. Elle raconte que ses douleurs avaient été légèrement améliorées par le traitement, mais que ce mieux n'avait été que provisoire. De plus, depuis quelques jours, à la suite de phénomènes douloureux plus accentués que d'habitude, une éruption cutanée était apparue dans la région péri-anale. L'examen montre en effet quelques vésicules d'herpès à 1 ou 2 cm. de la marge de l'anus, du côté gauche.

En Mai 1927, en même temps que se manifestent des douleurs rhumatoïdes généralisées, la névralgie ano-rectale augmente d'intensité. La malade est envoyé à Nérès.

Quelques temps après, la constipation qui n'avait été jusqu'alors que passagère, devient plus tenace. En même temps apparaît une fissure localisée au pôle postérieur de l'anus, et qui transforme les caractères de la douleur ano-rectale: celle-ci est en effet exagérée par la défécation. La malade est alors soumise à un traitement par la haute fréquence, puis par la diathermie intra-rectale. La fissure se cicatrise, les douleurs reprennent leurs caractères antérieurs et sont légèrement atténuées.

Enfin, en Novembre 1927, à la suite de rachialgie intense, s'étendant de la nuque au sacrum, des douleurs beaucoup plus violentes éclatent; douleurs localisées dans la région ano-rectale et qui présentent des paroxysmes au cours desquels la malade a du ténésme et des glaires. La malade est alors examinée par MM. Bensaude et Marchand qui constatent ceci:

Sur le côté gauche de l'anus, à 2 cm. environ de la marge, existe une plaque érythémato-papuleuse de la dimension d'une pièce de 2 francs, à contours polycycliques, recouverte dans sa plus grande partie de petites vésicules formant par leur réunion une phlyctène, elle aussi polycyclique. Le toucher rectal, effectué en pleine crise, ne réveille qu'une assez légère sensibilité sphinctérienne. La rectoscopie ne montre toujours rien d'autre que des hémorroïdes internes, sans lésions sus ou sous-jacentes de la muqueuse.

TRAITEMENT. — Indépendamment de différentes thérapeutiques, la malade a eu depuis 1924, 53 séances de haute fréquence et 9 séances de diathermie intra-rectale.

Cette observation nous semble présenter différents points intéressants:

1° Il s'agit d'une névralgie ano-rectale dont les rapports avec des hémorroïdes internes sont très nets. De ce chef, elle pourrait prendre place dans l'étude que nous faisons plus haut des névralgies d'origine hémorroïdaire.

2° C'est ensuite, dans l'évolution de cette algie, l'apparition à deux reprises, d'une éruption zostériforme ou plutôt herpétique dans le domaine du nerf anal moyen gauche (qui traverse transversalement la fosse ischio-rectale pour se rendre au sphincter anal); cette éruption s'étant accompagnée, chaque fois, de l'accentuation des phénomènes névralgiques.

La filiation de tous ces faits peut, sans doute, être comprise de la façon suivante:

Tout d'abord, à la suite d'un processus irritatif ou inflammatoire, d'origine hémorroïdaire, du nerf périphérique, constitution de névrite ascendante aboutissant au ganglion sensitif postérieur. Puis, par une sorte de choc en retour, apparition de l'éruption herpétique (1). D'ailleurs la rachialgie intense qui a précédé la deuxième poussée semble bien indiquer une réaction méningée et il est regrettable que les circonstances n'aient point permis de faire une ponction lombaire.

C'est la même hypothèse qui est soulevée pour expliquer certains herpès de la face consécutifs à des caries dentaires ou à des sinusites, ou encore l'herpès périnéo-génital au cours de la blennorragie.

À côté de cet herpès apparu dans l'évolution d'une névralgie d'origine hémorroïdaire, il est intéressant de placer une forme particulière d'herpès, décrite par Mauriac sous le nom d'*Herpès névralgique*.

Des malades, qui n'ont jamais eu d'affections ano-rectales, ressentent brusquement des douleurs violentes, paroxystiques et irradiantes comme des névralgies; en même temps, apparaissent des phénomènes hyperesthésiques dans les régions génito-urinaire et anale, avec épreintes, ténésme et spasme des sphincters. Tous ces troubles durent depuis 24 ou 48 heures, lorsque survient une éruption herpétique siégeant dans la région génito-périnéale. À partir de ce moment, les phénomènes névralgiques s'apaisent et finissent par disparaître. Mais par-

(1) D'après les conceptions qui tendent à prévaloir actuellement, tous les herpès seraient dus à un virus herpétique unique, dont l'homme est habituellement porteur. Dans notre cas particulier, l'infection hémorroïdaire n'expliquerait pas, à elle seule, l'éruption herpétique, mais serait seulement la cause localisatrice du virus herpétique au niveau du nerf anal irrité.

fois ils réapparaissent, presque toujours suivis d'une nouvelle éruption de vésicules.

Cette forme névralgique, que Mauriac avait décrite comme un herpès authentique, a pendant longtemps été regardée plutôt comme un zona sacro-ischiatique: on ne concevait pas que l'herpès s'accompagnât de phénomènes névralgiques. Les travaux modernes ont montré le rôle essentiel du système nerveux dans sa pathogénie. Ravaut et Darré, examinant systématiquement le liquide céphalo-rachidien de 26 malades atteints d'herpès génital, ont constaté 21 fois des réactions cellulaires nettes (1); dans une forme névralgique le liquide était louche.

Dans ces toutes dernières années, on a cherché à identifier le virus herpétique avec le virus encéphalitique épidémique. L'herpès névralgique de Mauriac relèverait de cette étiologie.

(1) RAVAUT et DARRÉ, — *Annales de Dermatologie et de Syphil.* (Juin 1904).

DIAGNOSTIC DES NÉVRALGIES ANO-RECTALES

La névralgie ano-rectale n'est pas une affection à laquelle on pense dès l'interrogatoire du malade. Certes, théoriquement, on pourrait, dès le début, faire préciser les caractères de la douleur — intense, paroxystique, non consécutive à la défécation —; ayant ainsi diagnostiqué une névralgie ano-rectale, on déterminerait ensuite, par l'examen du malade, si elle est secondaire ou primitive. C'est là une discussion tout académique. En pratique il n'en est jamais ainsi. La névralgie est un diagnostic vers lequel on ne s'achemine que progressivement et, souvent, après des examens répétés.

Lorsqu'un malade se plaint de douleurs ano-rectales très vives, les affections auxquelles on songe en premier lieu sont: la fissure et les hémorroïdes compliquées; et ceci s'explique par leur fréquence considérable. L'interrogatoire est d'abord orienté dans ce sens; on pratique ensuite l'examen local. Et alors plusieurs éventualités peuvent se produire:

1° Les lésions observées s'accompagnent de douleurs très vives; mais il s'agit d'une fissure ou d'hémorroïdes compliquées (thrombose, ulcération, etc., etc.), comme on l'avait prévu; ou bien encore d'affections ano-rectales diverses, telles que ulcérations spécifiques ou banales, rectite aiguë, etc. Dans ce cas la douleur est normale; elle fait partie de la symptomatologie habituelle de l'affection: on ne parle pas de névralgie.

2° L'intensité des douleurs est en disproportion avec les constatations locales: les lésions précédentes ont rétrocedé, par exemple; ou bien encore, elles sont d'emblée minimales; mais les douleurs sont intenses, paroxystiques ou non, tenaces et anormales. Il existe vraiment ici une névralgie ano-rectale secondaire ou consécutive à des lésions locales.

3° L'examen le plus détaillé ne révèle rien au niveau de l'anus et du rectum. L'état des organes du petit bassin ou celui du système nerveux central explique la douleur: c'est une névralgie secondaire à des affections extra-rectales.

4° Tous les organes, tous les appareils susceptibles de réagir sur la région ano-rectale sont indemnes: la névralgie ano-rectale est dite primitive.

I. — DIAGNOSTIC AVEC CE QUI N'EST PAS NÉVRALGIE ANO-RECTALE

Dans la fissure anale, la douleur présente des caractères très différents: elle apparaît à la fin de la défécation et s'accroît par la suite. L'examen permet de constater — presque toujours au pôle postérieur — une ulcération linéaire, douloureuse au moindre contact. Elle est parfois difficile à trouver; avec ou sans anesthésie, l'endoscopie est alors utile. On introduit l'endoscope et on le retire très doucement; à un moment la fissure devient visible.

Dans quelques cas, la douleur fissuraire ressemble beaucoup à la douleur névralgique; ainsi, dans ce que Gosselin a appelé la fissure intolérante, la douleur existe d'une façon à peu près continue et présente des paroxysmes atroces, indépendants de la défécation. Cependant, ces douleurs sont encore exagérées par elle, et puis, un examen rectoscopique, après anesthésie, permet de retrouver la fissure quand elle n'est pas directement perceptible. Enfin, la névralgie anale proprement dite, succède très fréquemment à la fissure et il existe une période transitoire pendant laquelle le diagnostic ne se pose pas. Mais au bout de quelques semaines, lorsque la fissure est complètement cicatrisée, alors que les douleurs résistent à tous les traitements, la névralgie devient évidente.

Certes, la sphinctéralgie fissuraire se rapproche beaucoup par sa localisation, par certains de ses caractères cliniques (et aussi par sa pathogénie), de la névralgie anale; mais elle forme, avec la fissure qui la crée, un tout tellement homogène, la sanction thérapeutique elle-même en est tellement bien déterminée, qu'il est utile de l'opposer constamment à la névralgie.

Les autres affections ano-rectales douloureuses sont beaucoup plus faciles à éliminer. Tout d'abord elles, s'accompagnent de symptômes divers: hémorragies, écoulements muco-purulents, troubles de la défécation, phénomènes généraux, etc. Et puis, enfin, il suffit d'un examen local: l'inspection, le toucher et surtout la rectoscopie, montreront s'il existe une des nombreuses complications des hémorroïdes, très fréquentes; ou bien encore, et plus rarement, des ulcérations dysenté-

riques, tuberculeuses ou syphilitiques; une recto-sigmoïdite ulcéreuse, une fistule interne, un néoplasme (1), un rétrécissement.

En même temps que le traitement agit sur ces lésions et les fait rétrocéder, les douleurs diminuent et cessent; si elles se renouvellent, c'est en même temps qu'un retour offensif de l'affection causale, dont elles ne sont qu'un symptôme banal.

II. — DIAGNOSTIC DES NÉVRALGIES ANO-RECTALES SECONDAIRES A DES AFFECTIONS LOCALES

Dans certains cas, pourtant, alors que le traitement a une action favorable, très nette sur les lésions étudiées plus haut, la douleur ne regresse pas. Finalement, la région ano-rectale est complètement cicatrisée, la rectoscopie ne montre rien d'anormal ou fort peu de chose, mais les douleurs persistent et sont même plus accentuées qu'au début.

Parfois, les altérations ano-rectales sont minimes d'emblée: on trouve un simple polype, des hémorroïdes non compliquées, etc., ou bien encore on apprend que le malade vient de subir une intervention chirurgicale, pour des hémorroïdes, le plus souvent.

L'intensité des douleurs, leur ténacité — et peu importe qu'elles soient paroxystiques ou continues — contrastent d'une façon étonnante avec le peu d'importance des lésions ou leur cicatrisation complète. Il s'agit bien d'une névralgie secondaire ou consécutive à des lésions locales.

La névralgie ano-rectale secondaire est donc un diagnostic basé avant tout sur la rectoscopie, qui seule permet de déterminer avec certitude l'état local et ainsi de considérer comme anormales certaines douleurs localisées.

Si un premier examen rectoscopique plus ou moins sommaire, ne montrait rien, il ne faudrait en aucun cas s'en contenter. Les malades atteints de névralgie ano-rectale ont très fréquemment la hantise du cancer, et, quoique le cancer se manifeste rarement d'une façon précoce par des douleurs aussi vives (2), il faut le rechercher dans les plis de la muqueuse, au fond desquels il peut se cacher; il faut, enfin, examiner avec la plus grande minutie les parties de la muqueuse recouvertes

(1) Lorsque le néoplasme s'étend en arrière et enserre le plexus sacré, il détermine des phénomènes sensitifs étendus qu'on ne peut plus regarder comme une névralgie ano-rectale.

(2) Voir la note de la page 69.

parfois de matières fécales: il n'est pas rare, en effet, que celles-ci adhèrent au niveau de la néoformation et la voilent. Le cancer à son début, pourrait donc passer totalement inaperçu, sans une recherche endoscopique systématique et qui devra être poussée le plus haut possible.

III. — DIAGNOSTIC DES NÉVRALGIES SECONDAIRES A DES AFFECTIONS EXTRA-RECTALES

PETIT BASSIN. — L'examen le plus minutieux de l'anūs, du rectum et même de l'anse sigmoïde, ne montre aucune lésion. Il faut examiner les organes génito-urinaires. Chez l'homme, il peut s'agir de prostatite, d'hypertrophie ou de cancer de la prostate, de vésiculite. Chez la femme, on peut trouver une déviation utérine, un fibrome, un kyste de l'ovaire, une inflammation annexielle. Enfin il n'est pas rare de voir des malades atteints d'affection réno-vésicales diverses, se plaindre de très vives douleurs ano-rectales.

Il est de règle que ces phénomènes ano-rectaux disparaissent quand on en traite la cause, cependant il est possible, ici aussi, qu'ils lui survivent.

SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. — Chez tous les malades qui présentent une névralgie ano-rectale, l'examen du système nerveux est obligatoire, surtout si les lésions locales sont minimales ou inexistantes.

La recherche des réflexes, l'examen des yeux, permettront de dépister le tabès, cause la plus fréquente.

Les compressions médullaires par Mal de Pott, cancer vertébral, traumatismes de la colonne vertébrale, peuvent, assez rarement, en être l'origine, mais la névralgie se perd au milieu d'une symptomatologie variée.

Plus importantes sont les affections de la queue de cheval et, en particulier, la compression. Celle-ci s'annonce par des douleurs continues avec paroxysmes violents, localisés dans la région sacro-lombaire, qui peuvent irradier au niveau du coccyx et de l'anūs, et surtout dans le domaine des nerfs sciatiques. Mais très rapidement, les symptômes moteurs apparaissent: paralysie flasque et atrophie des membres inférieurs, portant sur les fesses, la face postérieure de la cuisse, la jambe et le pied, respectant les muscles antérieurs. Il existe une abolition des

réflexes achilléens, cutanés plantaires, des troubles sphinctériens et enfin, des troubles sensitifs plus ou moins limités — ainsi que les troubles moteurs — suivant l'étendue de la compression.

IV. — DIAGNOSTIC DES NÉVRALGIES ANO-RECTALES PRIMITIVES

Enfin, lorsqu'on ne trouve aucune lésion — locale, de voisinage, ou du système nerveux central —, il faut encore éliminer la coccygodynie. La coccygodynie se manifeste, en effet, par des douleurs localisées à la région ano-coccygienne, et qui peuvent s'accompagner de ténésme ano-rectal, et même de troubles sphinctériens ano-vésicaux. La localisation à peu près analogue des phénomènes douloureux peut rendre le diagnostic difficile. Mais dans la coccygodynie la douleur est plus nettement localisée au coccyx, à l'articulation sacro-coccygienne; elle est exaspérée par la pression et la mobilisation de cette région. Il est très probable que quelques-unes des observations décrites comme névralgies primitives, concernaient en réalité des malades atteints de coccygodynie.

Celle-ci éliminée, et surtout si l'on retrouve des troubles névropathiques nets, on peut alors parler de névralgie ano-rectale primitive. Mais ce diagnostic ne devra être porté qu'avec la plus grande circonspection et après que des examens rectoscopiques, répétés s'il le faut, auront montré l'intégrité absolue de la région ano-rectale.

DIAGNOSTIC DU SIÈGE DE LA NÉVRALGIE

Qu'elle soit secondaire ou primitive, la névralgie est d'après son siège, rectale ou anale.

La névralgie rectale siège profondément dans le rectum et se projette sur le sacrum où on peut déceler des points douloureux; il n'y a pas de spasme du sphincter, ni de douleur nette à ce niveau.

La névralgie anale, au contraire, siège dans la région du sphincter, où l'examen montre de la douleur et du spasme.

Dans quelques cas, la douleur diffuse, aussi bien dans le rectum et la région sacrée, que dans l'anus où le spasme est marqué: la différenciation est alors impossible.

PATHOGÉNIE

L'examen anatomo-pathologique n'a jamais été fait à notre connaissance, chez des sujets ayant présenté une névralgie ano-rectale. Il est pourtant possible, par analogie, de se faire une idée assez nette des lésions existantes, et d'esquisser ainsi une théorie pathogénique rationnelle de la névralgie ano-rectale.

Névralgies ano-rectales secondaires

I. — Les ulcérations spécifiques ou banales, les inflammations de toute nature, les néoformations rectales, en même temps qu'elles lésent la muqueuse et même les couches sous-jacentes, provoquent des altérations du système nerveux sympathique intra-pariétal.

Au cours de la période aiguë de toutes ces affections, ou encore lorsque les lésions muqueuses sont très étendues, les phénomènes proprement nerveux disparaissent au milieu du complexe symptomatique de l'affection en cause.

Mais, dans certains cas, somme toute assez rares, alors que les lésions muqueuses restent stationnaires ou régressent, les altérations nerveuses s'étendent, passent des ganglions pariétaux aux filets sympathiques péri-rectaux originaires du système autonome pelvien. Ainsi se constitue une névrite pariétale, une recto névrite, puis une névrite sympathique pelvienne rétro et péri-rectale qui peuvent évoluer, alors que les lésions muqueuses qui leur ont donné naissance ont complètement rétrocedé.

II. — Lorsque les affections initiales siègent plus particulièrement au niveau du canal anal, dans les hémorroïdes et la fissure, par exemple, les faits sont très analogues.

L'infection, qui entre pour une si grande part (Quénu et Hartmann) dans la genèse des hémorroïdes et accompagne la fissure, s'étend dans certains cas aux filets nerveux. Il y a donc ici aussi constitution d'une névrite: ce sont les nerfs d'origine médullaire qui sont atteints.

Souvent d'ailleurs la névrite est mixte, puisque dans une portion assez étendue du canal ano-rectal l'innervation elle-même est mixte; mais elle prédomine au niveau de l'un des deux systèmes.

III. — Enfin les lésions génératrices de la névrite peuvent siéger au niveau de l'un quelconque des organes du petit bassin (1). Les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme sont très richement innervés par le sympathique pelvien, en particulier par le plexus hypogastrique péri-rectal; ils reçoivent aussi, à peu près tous, des filets des mêmes paires sacrées que le rectum. On conçoit donc qu'une lésion génito-urinaire puisse produire une algie réflexe élective, localisée à la région ano-rectale, ou même une névrite qui survivra à la lésion causale.

Suivant le siège plus ou moins élevé de l'algie, celle-ci est dite rectale ou anale.

Alors qu'à la névralgie rectale est plus particulièrement d'origine sympathique et constitue un syndrome sensitif auquel s'ajoutent accessoirement des phénomènes sécrétoires (glaires), la névralgie anale est un syndrome sensitivo-moteur du domaine des nerfs médullaires: à l'algie s'ajoute, en effet, le spasme du sphincter strié.

Quel que soit le siège exact de la douleur, les irradiations, parfois si importantes, s'expliquent aisément par le fait que tous les organes du petit bassin prennent leur innervation aux mêmes sources. De même, le nerf sciatique a ses origines dans le plexus sacré et il est accompagné de filets sympathiques venus du système autonome pelvien, ce qui rend compte de la fréquence des irradiations sciatiques.

Nous étayerons nos hypothèses, d'une part sur les travaux récents de Lœper concernant les Entéronévrites, d'autre part sur les examens anatomo-pathologiques effectués par Quénu et Hartmann dans les hémorroïdes, la fissure, et qui ont déjà été exposés (2).

Lœper (3), examinant 36 pièces pathologiques de dysenterie, fièvre typhoïde, colites de toute nature, entérites spécifiques et tuberculeuses, etc., a constaté que les altérations du système nerveux intra-pariétal étaient fréquentes. Il les a classées en:

Lésions dégénératives qui se voient surtout dans les colites et entérites aiguës et exigent un processus rapide: les fibres nerveuses sont dissociées, granuleuses; les cellules sont troubles, le noyau est flou.

Lésions inflammatoires, diapédétiques; celles-ci s'observent dans

(1) Nous ne nous occupons pas ici des algies d'origine cérébro-spinale.

(2) Voir pages 39 et 46.

(3) Lœper. — « Les Entéronévrites » *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 7 Mars 1919.

les colites ulcéreuses, la dysenterie, la tuberculose: les polynucléaires ou les lymphocytes envahissent la cavité capsulaire, puis pénètrent dans la trame ganglionnaire.

Lésions conjonctives et scléreuses fréquentes dans la dysenterie chronique et la tuberculose: le tissu fibreux envahit la capsule, puis le ganglion qu'il dissocie. Les lésions peuvent être, enfin, néoplasiques et donner lieu à une véritable névrite spécifique (1).

Mais toutes ces lésions ne se cantonnent pas au système nerveux intra-pariétal. Les ganglions intra-intestinaux, en effet, sont entourés d'une capsule qui se prolonge dans la gaine lymphatique enveloppant les nerfs, et l'inflammation peut s'étendre au loin. Lœper n'a guère constaté de lésions au-delà de 8 à 10 cm. dans les nerfs du mésentère, mais certaines observations de la thèse de Laignel-Lavastine (2) prouvent l'existence de lésions lointaines des plexus et des ganglions cœliques, dans les processus intestinaux les plus divers: typhoïde, dysenterie, etc.

A plus forte raison, comprend-t-on que les diverses affections ano-rectales puissent léser secondairement le sympathique pelvien: alors que le plexus cœliaque se trouve à distance des segments intestinaux qu'il innerve, les ganglions sacrés et le plexus hypogastrique, formant le système autonome pelvien, sont au contact à peu près immédiat des parois rectales. Et ce dont on pourrait — à juste titre — s'étonner, c'est que la région ano-rectale si sujette aux ulcérations et aux inflammations de toutes sortes, ne soit pas plus souvent le siège de névrite et de névralgie.

(1) Lœper a eu l'occasion récemment de suivre et d'examiner anatomiquement deux cas intéressants de cancer du gros intestin. Tous deux siégeaient sur le colon descendant; tous deux se traduisirent à une certaine phase de leur évolution clinique, par des crises douloureuses qui rappelaient à ce point les réactions tabétiques que l'on pût porter pendant plusieurs semaines le diagnostic de tabès. L'un était un épithélioma colloïde, l'autre un épithélioma cylindrique... L'autopsie montra de grosses lésions nerveuses tant de la paroi intestinale que du mésentère (jusqu'à 8 cm.), les unes purement inflammatoires, les autres épithéliales et cancéreuses.

Loc. cit. — Lœper « Les Entéronévrites dans les cancers de l'Intestin ». *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp.*, 7 Mars 1919.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — Le plexus solaire. Thèse de Paris, 1903.

Névralgies ano-rectales dites primitives

La névralgie ano-rectale, dite primitive, a été très diversement interprétée. Les uns ont voulu lui trouver dans tous les cas une origine névropathique, d'autres l'ont liée à la constipation qui agirait par toxhémie ou par irritation des extrémités nerveuses, etc., etc.

En réalité, on a voulu englober dans les mêmes théories des cas très disparates.

Une première cause d'erreur, et la plus importante, c'est que *de nombreux auteurs ont rapporté sous le nom de névralgie primitive, des douleurs paroxystiques qui étaient nettement secondaires à des lésions locales*. On ne doit pas considérer comme primitifs les cas dans lesquels les phénomènes névralgiques succèdent à des ulcérations, à des hémorroïdes, à une fissure; et cela, quand bien même la muqueuse est complètement cicatrisée, et quand bien même aussi les malades présentent des troubles névropathiques. D'ailleurs, les troubles névropathiques authentiques, antérieurs à l'algie, sont rares. Presque toujours, on dénomme ainsi des changements d'humeur et de caractère, des phénomènes asthéniques et psychasténiques tardifs, dont la fréquence et l'acuité peuvent être si grandes au cours de toutes les affections intestinales et tout particulièrement ano-rectales.

En exposant l'étiologie de la névralgie anale et de la névralgie rectale, dites primitives, nous avons cité les différentes affections locales ou de voisinage que nous trouvions mentionnées; incidemment ou avec intention, dans les nombreuses observations colligées: ulcérations diverses, hémorroïdes, fissures, fistules, etc. Ce ne sont point là des névralgies primitives: elles sont secondaires et entrent dans les cadres pathogéniques précédemment tracés.

Seules méritent ce qualificatif, celles qui surviennent chez des sujets, dans les antécédants récents ou dans l'état actuel desquels, on ne trouve pas de lésions susceptibles d'expliquer l'algie.

Cette démarcation est nécessaire pour la clarté nosologique. Envisagée sous cet angle, la névralgie ano-rectale primitive devient infiniment plus rare. Mais elle existe. Elle est vraiment essentielle...., c'est-à-dire que, comme pour toutes les névralgies dites essentielles, nous ignorons à quoi elle est due. Toutefois, il est possible de déterminer certaines des conditions dans lesquelles elle apparaît et de nous la rendre ainsi moins incompréhensible.

I. — Certaines névralgies rectales primitives sont en relation avec l'entérocolite muco-membraneuse.

Il est fréquent de voir apparaître des douleurs rectales (1) chez des sujets qui présentent, soit actuellement, soit dans leurs antécédants parfois lointains, de l'entérocolite muco-membraneuse; alors même qu'on ne constate, à la rectoscopie, aucune lésion du rectum. Ces douleurs sont plus ou moins vives, vont du simple endolorissement à la véritable névralgie.

En voici quelques exemples pris entre beaucoup d'autres:

OBSERVATION IX.

M. D., 56 ans, vient consulter le 22 Mars 1923 pour brûlures ano-rectales très vives survenant par périodes. Malade très nerveux. Entéro-colite très ancienne, amendée par le traitement. La rectoscopie montre une muqueuse normale jusqu'à 20 cm.

OBSERVATION X.

M. B., 47 ans, consulte le 16 Avril 1926 parce qu'il ressent des douleurs rectales assez vives, irradiant le long du sacrum. Malade très nerveux. Entéro-colite muco-membraneuse depuis 15 ans. La Rectoscopie montre une muqueuse normale jusqu'à 20 cm.

Voici une observation dans laquelle les douleurs ont absolument les caractères de la névralgie et qui est très analogue à certaines observations publiées:

OBSERVATION XI.

M^{me} M., fleuriste, 54 ans.

En 1899, contracte la syphilis: Roséole; on commence un traitement mercuriel. En 1909 au cours d'un traitement intense par l'huile grise, apparition de phénomènes intestinaux, à la suite desquels s'installe une entéro-colite muco-membraneuse typique, avec crises douloureuses abdominales, phases de constipation et de fausse diarrhée, présence de peaux et de glaires dans les matières. Depuis cette époque, crises répétées.

En 1921 la persistance de l'entéro-colite est attribuée à un fibrome utérin gros comme une petite orange: ablation.

En 1925 la malade vient consulter dans le service de M. Bensaude. Elle a toujours son entéro-colite, mais aussi quelques douleurs rectales. On soigne ses phénomènes intestinaux, qui régressent, et on lui fait de la haute fréquence intra-rectale.

Le 7 Décembre 1927 la malade revient consulter parce que depuis deux mois elle présente des douleurs extrêmement vives apparaissant et disparaissant

(1) Nous ne voulons pas parler ici des douleurs anales, fissuraires, si fréquentes chez les entéro-colitiques, et qui sont sous la dépendance d'une fissure à l'anus constatable.

brusquement durant une heure ou deux heures, siégeant dans le rectum, irradiant en arrière, dans la partie supérieure du sacrum, et de là le long des flancs jusqu'au pubis; elles occasionnent une pollakiurie intense. Pendant ces crises, la malade est prise d'un tremblement généralisé, son visage se pince et il existe une véritable angoisse. Les douleurs se répètent trois ou quatre fois par semaine.

Pourtant, depuis deux ans l'entéro-colite est très améliorée: la malade va régulièrement à la selle; elle n'a plus de douleurs abdominales; ses matières, bien moulées, contiennent bien rarement quelques mucosités.

La rectoscopie ne montre aucune lésion jusqu'à 20 cm. Tous les autres appareils et en particulier le système nerveux sont normaux. Cependant la malade est très instable et a des sensations cénestopathiques diverses.

On voit que dans ces trois cas — qui ne sont pas les seuls que nous ayons observés — il existe des douleurs rectales, indépendantes d'une fissure, allant de l'endolorissement passager jusqu'à la névralgie rectale intense. Il n'y a, par contre, ni douleur, ni spasme du sphincter. Il en était ainsi dans les deux observations de névralgie primitive de Parmentier et Foucaud et aussi dans celle que nous rapportions page 21 et dans laquelle les manifestations entéro-colites avaient disparu depuis déjà 8 ans.

Ces malades sont souvent des névropathes, comme cela est fréquent dans l'entéro-colite.

La névralgie n'est pas consécutive à des lésions rectales constatables à l'examen rectoscopique.

Il est difficile de dire si cette névralgie est secondaire à l'entéro-colite, ou si elle est plutôt, elle-même, une colite muco-membraneuse localisée au rectum, et qui — en raison de cette localisation — se traduirait par des symptômes algiques particuliers. Dans certaines observations d'ailleurs, ce sont des affections de voisinage (salpingite, utérus rétroversé, etc.) qui semblent fixer dans cette partie du gros intestin les causes — encore discutées — de la colite.

Cette névralgie serait alors ce qu'est l'entéro-colite muco-membraneuse, qui, selon les auteurs, consiste en une inflammation muqueuse particulière, en une entéro-névrite (Lœper) etc.

Dans tous ces cas, nous avons retrouvé dans les antécédents éloignés ou récents, une entéro-colite muco-membraneuse caractéristique. Il est permis de se demander si les causes qui provoquent le syndrome entéro-colitique ne pourraient pas se localiser primitivement au niveau du rectum, et donner lieu aux manifestations sensibles de la névralgie rectale, sans passer par l'étape de colite généralisée.

II. — Parfois il n'existe — actuellement ou dans les antécédents — aucune cause organique susceptible d'expliquer l'algie: seuls, des troubles névropathiques sont notés (1). Ce sont les cas, exceptionnels, dans lesquels on pourrait songer à une topoalgie névropathique, à une névrose.

Il est vraisemblable que si les troubles névropathiques peuvent contribuer à faire de la névralgie une affection tenace et récidivante, ils ne sont pas, à eux seuls, suffisants pour la créer de toutes pièces.

Il est probable que ces névralgies, exceptionnelles, sont en réalité consécutives à des lésions ano-rectales ou génitales passées inaperçues parce que minimes, ou encore parce que l'examen n'a pas été fait au moment où on aurait pu les surprendre.

(1) Nous ne faisons pas entrer en ligne de compte les observations dans lesquelles manque l'examen rectoscopique.

TRAITEMENT

Dans certaines de ses formes, la névralgie ano-rectale constitue une affection très douloureuse, très tenace, et grave par ses répercussions sur l'état général. Dans d'autres formes, les douleurs sont moins vives, moins fréquentes et peuvent même disparaître, tôt ou tard, spontanément. Mais il est souvent impossible de prévoir ce degré de gravité; aussi, est-il nécessaire d'instituer dès le début un traitement sévère.

Lorsque la névralgie est secondaire à des affections en évolution, il est évident que le traitement doit s'adresser avant tout à ces lésions ano-rectales ou génito-urinaires. La cicatrisation d'ulcérations, l'ablation d'un polype, une salpingectomie amèneront presque toujours la disparition rapide des douleurs. Cependant, parfois, malgré un traitement approprié et la guérison de ces lésions, la névralgie persiste et même s'accroît, temporaire ou définitive.

Dans le ténésme ano-rectal d'origine tabétique, le traitement spécifique devra rapidement être institué: chez notre malade les résultats ont été parfaits. Cependant ce traitement peut exacerber les douleurs.

Lorsque la thérapeutique causale n'a pas d'action sur l'élément douloureux, le traitement ne peut plus être alors que symptomatique, comme dans la névralgie primitive.

Toutefois, il faut essayer de modifier le terrain sur lequel la névralgie évolue: neuro-arthritisme, alcoolisme, etc. La psychothérapie, l'isolement, pourraient dans quelques cas particuliers être de mise. Le repos physique sera souvent un adjuvant utile. Enfin il est nécessaire de lutter contre la constipation et de soigner l'entéro-colite, si elles existent.

Les agents thérapeutiques les plus divers ont été employés et, à vrai dire, les résultats ont toujours été très variables.

La plupart des sédatifs nervins ont, tour à tour, été préconisés; les uns par voie buccale, les autres en suppositoires: antipyrine, chloral, bromure, phénacétine, cocaïne, etc... Leur action est transitoire. Les opiacés et la morphine ont pu être conseillés; mais les douleurs s'exagèrent souvent une fois passée la phase sédatrice; et les phénomènes d'accoutumance qui accompagnent leur emploi les rendent dangereux.

Gant a utilisé des préparations à base de camphre, de chloroforme, de capsicum.

Davis rapporte la guérison rapide de deux cas par de très fortes doses de belladone. Cet auteur administrait par la bouche et en lavement de la teinture de belladone jusqu'à la production de phénomènes toxiques.

Mac Lennan fait respirer à ses malades, au début de la crise, une douzaine de gouttes de chloroforme et dit en avoir obtenu de bons résultats.

Albu conseille la dilatation à l'aide de grosses bougies: elle agirait en amenant la distension des nerfs. Ce traitement ne pourrait, évidemment, être tenté que dans la névralgie anale. D'ailleurs les résultats en sont mauvais et amènent dans certains cas une aggravation.

Cade pense enfin que le décollement du rectum, préconisé par Jaboulay, pourrait être tenté dans les formes invétérées.

Deux sortes de médications surtout, semblent avoir donné des résultats: l'Electrothérapie et la Thermo-thérapie.

L'électricité a été utilisée sous forme de courant continu par Gant. Au cours de ces dernières années, ce sont surtout les courants de haute fréquence dont on s'est servi.

Millon a obtenu, par la méthode de Doumer, une guérison dans une névralgie tenace. Par contre, dans de nombreuses observations, les douleurs sont restées sans grand changement. Dans les cas que nous avons suivis les résultats ont été très passagers ou nuls.

Le traitement électrique a encore été appliqué sous forme de diathermie intra-anale chez quelques-uns de nos malades. Ici encore l'amélioration a été légère et sans lendemain. Peut-être, d'ailleurs, les séances n'ont-elles pas été suffisamment répétées, et avons-nous employé des courants trop faibles. Car d'après Meyer, la diathermie intra-rectale, à condition d'être poursuivie longtemps, d'être faite avec de grosses bougies et à une intensité suffisante de 2.500 à 3.000 milliampères, donne de bons résultats.

La radiothérapie radiculaire a été encore peu étudiée. Faite dans un des cas relatés par Bensaude et Oury, elle est restée sans effet.

Les applications locales de chaleur constituent, peut-être, jusqu'à présent, l'agent thérapeutique le plus actif.

(1) MEYER et MARCHAND. — Des indications des courants de haute fréquence de haute et basse tension dans les affections ano-rectales. *Bulletin de la Société d'Electrothérapie*, Nov. 1927.

Max Simon en 1843, utilisait la vapeur d'eau; Gant, Albu ont employé avec succès les bains de siège chauds, les douches de vapeur, les compresses chaudes.

Parmentier et Foucaud ont obtenu des sédations datant d'un an avec des douches tièdes générales courtes, suivies de douches chaudes de 3 minutes au niveau de la région sacrée. Dricaki a eu une guérison remarquable avec les demi-bains chauds à 33°. On pourrait, enfin, utiliser les douches d'air chaud.

Chez nos malades, ce sont ces applications locales qui ont donné quelque résultat. Nous avons fait appliquer plusieurs fois par jour de larges compresses chaudes sur la région coccygienne et fait prendre, concurremment, des douches sacrées chaudes. Nos malades ont été, en général, améliorés, mais non guéris. D'ailleurs leur traitement se poursuit actuellement.

Pour terminer, nous voudrions citer les injections épidurales de cocaïne selon la technique de Sicard. Elles n'ont jamais été essayées. Peut-être y aurait-il là une méthode thérapeutique de premier ordre que nous regrettons de n'avoir pu expérimenter.

En résumé, les résultats obtenus sont très variables: les médicaments anti-nervins, l'électrothérapie et les applications locales chaudes forment la base de ce traitement encore trop incertain.

CONCLUSIONS

I. — La névralgie ano-rectale n'est pas une affection très fréquente. Mais elle existe, et il est utile qu'elle soit connue car elle est difficile à traiter.

II. — La définition qu'on en donne, et d'après laquelle elle est constituée par des douleurs violentes, paroxystiques, intermittentes, à début et à terminaison brusques, cette définition ne tient pas compte des cas, nombreux, dans lesquels la douleur est continue, variable et beaucoup moins caractéristique. Ce qui l'oppose à la sphinctéralgie fissuraire, c'est que la douleur n'est pas consécutive à la défécation.

III. — La névralgie ano-rectale n'est qu'un diagnostic d'exclusion. Tantôt elle est secondaire à des affections cérébro-spinales, des organes du petit bassin ou, plus souvent encore, à des lésions locales; et dans ce cas, c'est la disproportion entre les constatations locales et l'intensité, la tenacité de douleurs indépendantes de la défécation qui oriente vers ce diagnostic. Tantôt l'examen ne montre rien qui puisse expliquer les douleurs et la névralgie est dite primitive.

Nous avons insisté sur l'impossibilité d'arriver au diagnostic de névralgie secondaire ou primitive sans la rectoscopie.

IV. — On a prétendu que la névralgie primitive était une *névrose*. Nous avons montré:

1° Qu'on avait rapporté sous ce nom les faits les plus disparates, et qu'il était nécessaire d'exclure de la névralgie primitive tous les cas dans lesquels la douleur coexistait avec des lésions évidentes, ano-rectales ou génitales;

2° Que beaucoup de névralgies, dites primitives, étaient nettement consécutives à des lésions connues, mais actuellement cicatrisées;

3° Que de nombreux cas de névralgie rectale, dite primitive, étaient en relation avec une entéro-colite muco-membraneuse concomitante ou passée;

4° Enfin, nous avons émis l'hypothèse que dans les très rares névralgies restantes — vraiment inexplicables autrement et les seules dans lesquelles on aurait pu, à la rigueur, songer à une névrose — les douleurs devaient vraisemblablement être consécutives à des lésions minimes et passées inaperçues.

Nous en avons conclu qu'il n'existe pas une différence de nature entre la névralgie secondaire et la névralgie primitive, mais seulement un degré différent dans l'importance des lésions génératrices; et que, pratiquement, en présence d'une névralgie ano-rectale, il y a lieu de rechercher attentivement les altérations organiques déterminantes.

Lu et approuvé :

Le Président de thèse,

E. SERGENT.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Névralgies ano-rectales primitives.

- Ullman.** — Encycl. Wört. der. med. Wissensch, t. I, p. 634, 1828.
- Velpeau.** — Dictionnaire de Médecine en 30 vol.
- Hird.** — Painful Neuralgia Affection of the Rectum Removed by Division of the Spinctor, *Lancet*, 1840-41, t. II, p. 380.
- Gray.** — Neuralgia of the Rectum, *Lancet*, 1840-41, t. II, p. 461.
- Eitner.** — Proktalgia nervosa, *Med. Zeitung*, Berlin, 1842, XI, page 202.
- Max Simon.** — Névralgie de la partie inférieure du Rectum, *Bulletin Général de Thérapeutique*, Paris, 1843, XXIV, pp. 85-88.
- Dardel.** — Deux faits de Névrose ano-vésicale, *Mémoires Soc. Med.*, Lyon 1867-68, VII, p. 200.
- Quénu et Hartmann.** — Chirurgie du Rectum, Paris, 1895, p. 424.
- Allingham.** — Rectal Neuralgia, in *Diseases of Rectum and Anus*, 1896, p. 280.
- Bodenhamer.** — Neuralgia of the ano-rectal région, *New-York med. J.*, 1898, 17 décembre, p. 877.
- Thompson.** — Neuralgia of the Rectum, *Pratice of Medicine*, 1900, p. 424.
- Tyson.** — Neuralgia of the Rectum, *Pratice of Medicine*, 1900, p. 421.
- S. Gant.** — Neuralgia of the Rectum, *Post graduate N.-Y.*, 1900, XV, pp. 22-27.
- S. Gant.** — Neuralgia of the Rectum, *Langsda's Lancet Clinic*, 1898, pp. 159-163.
- S. Gant.** — Maladies du Rectum et de l'Anus, 3^e édit., Philadelphie, 1905.
- Oppenheim.** — Cité par Albu, in *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 23 déc. 1907.
- Albu.** — Mastdarmneuralgie, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 23 déc. 1907.
- Pickardt.** — Ueber Mastdarmneuralgien zu dem Gleichnamigen Aufsatz von Albu, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1908, p. 130.
- Tucker.** — Rectal Neuralgia, *Old. Dominion J.-M.*, et S., Richemond, 1908-1909, VII, pp. 23-25.
- Millon.** — Rectalgie et Névralgie anale, *Archives des Maladies du Tube digestif et de la Nutrition*, 1908, p. 585.
- Parmentier et Foucaud.** — La Névralgie dite primitive du Rectum, *Presse Médicale*, n° 54, 6 juillet 1910.
- Cade.** — Rectalgie idiopathique, *Lyon Médical*, 1911, T. II, p. 196.
- Drizaki.** — Un cas de Névralgie dite primitive du Rectum, *Russki Wratsch*, n° 33, 1912.
- Mac Lennan.** — Rectal Crises of nontabetic origin, *Glasgow Medical Journal*, septembre 1917, n° III.
- Bensaude et Oury.** — Les névroses sensitives recto-sigmoïdiennes, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, février 1923, p. 94.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
DÉFINITION ET INTRODUCTION	11
RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE.	13
LES NEURALGIES ANO-RECTALES DITES PRIMITIVES.	
Historique.	19
Névrалgie rectale dite primitive.	21
Névrалgie anale dite primitive	29
LES NÉVRALGIES ANO-RECTALES SECONDAIRES.	
Névrалgie ano-rectale et fissure.	39
— — et hémorroïdes.	41
— — et maladies du système nerveux central.	49
{ Tabès.	50
{ Encéphalite épidémique	54
{ Zona et Herpès	56
DIAGNOSTIC.	61
PATHOGÉNIE	67
TRAITEMENT	75
CONCLUSIONS	79
BIBLIOGRAPHIE	81

